



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**MÉDICO CIRÚRGICA**

**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS:**  
**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS**  
**DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO**

Edite Lopes da Silva

Coimbra, Setembro de 2013





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**MÉDICO CIRÚRGICA**

**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS:**  
**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS**  
**DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO**

Edite Lopes da Silva

Orientadora: Professora Maria Nazaré Ribeiro Cerejo

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Médico-cirúrgica

Coimbra, setembro de 2013



*"Uma pessoa é uma coisa muito complicada. Mais complicado do que uma pessoa, só duas. Três então é um caos, quando não é um drama passional. Mas as pessoas só se definem no seu relacionamento com as outras. Ninguém é o que pensa que é, muito menos o que diz que é (...). Ou seja, ninguém é nada sozinho, somos o nosso comportamento com o outro."*

*Luiz Fernando Veríssimo*



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Mestre Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo minha orientadora na realização deste trabalho, um profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos, pelas suas orientações e apoio permanente.

A frequência do mestrado, em Portugal, não seria possível sem o apoio financeiro imprescindível da Fundação Calouste Gulbenkian, pelo que profundos agradecimentos são dirigidos a esta instituição.

Um agradecimento especial às Professoras Doutoradas, Maria Isabel Fernandes e Ana Albuquerque Queiróz, por todo o apoio que deu para a elaboração desta dissertação.

Especialmente, a minha colega e amiga Marli Dantas e a todos as colegas, exprimo o meu reconhecimento pela valiosa ajuda e permanente disponibilidade.

À Doutora Ricardina Andrade, Directora da Instituição Hospitalar onde este estudo foi realizado, pelas suas sugestões, incentivo e colaboração demonstrada ao longo da realização de toda a investigação.

Aos Srs. Enfermeiros Chefes dos vários Serviços de Urgência e Internamento do Hospital Agostinho Neto onde este estudo foi realizado, pela sua colaboração e apoio, quer no acompanhamento das observações efectuadas, quer na distribuição, incentivo ao preenchimento e recolha dos questionários.

Aos Enfermeiros que prontamente colaboraram neste estudo, e sem os quais não seria possível assistir à sua realização, um muito obrigado.

Aos meus familiares e, em particular, ao meu filho Jandir Silva, pelo incentivo e paciência que tiveram comigo durante o tempo de preparação deste trabalho.

E a todos os que de alguma forma, directa ou indirecta, contribuíram para a concretização deste trabalho, agradeço com amizade.





## **LISTA DE SIGLAS**

**APIC** – Association for Professionals in infection Control

**CCIH** - Comissões de Controle de Infecção Hospitalar

**CNHM** - Conhecimento e Necessidade de Higienização das Mãos

**CHPIP** - Conhecimentos sobre a Higienização e a Prevenção de Infecção do Profissional de saúde

**CDC** - Centers for Disease Control and Prevention

**DGS** - Direcção Geral da Saúde

**ESEnfC.** – Escola Superior de Enfermagem de coimbra

**HAN** – Hospital Agostinho Neto

**HM** – Higienização das mãos

**IACS** - Infecções associadas aos cuidados da saúde

**MRSA** – Methicillin-resistant Staphylococcus aureus

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**SABA** - Solução Alcoolica

**SNS** – Sistema Nacional da Saúde

**SU** – Serviço de Urgência

**WHO** – World Health Organization

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**VFC** – Unidade Formada de Colónias

**VIH** – Vírus de Imunodeficiência Humana



## RESUMO

A higienização das mãos é considerada a medida de maior impacto e comprovada eficácia na prevenção das infecções associadas aos cuidados da saúde (IACS), uma vez que diminui a transmissão cruzada de microrganismos.

Tendo noção da importância desta problemática na actualidade e no nosso contexto, desenvolvemos um estudo sobre a “Higienização das mãos: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do Hospital Agostinho Neto” com os seguintes objetivos: avaliar a percepção e os conhecimentos que os enfermeiros do HAN têm sobre a higienização das mãos e analisar a eficácia de um programa de formação sobre a HM realizado aos enfermeiros, nos serviços de urgências do HAN.

A investigação desenvolvida pretendeu dar respostas às seguintes questões: Quais os conhecimentos e práticas dos enfermeiros dos serviços de urgências do HAN relacionados com a higienização das mãos? Qual o impacto, nos conhecimentos e nas práticas dos enfermeiros do serviço de urgência, de um programa de formação para a implementação de um protocolo de higienização das mãos?

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo e comparativo entre dois grupos. A recolha dos dados foi realizada em dois momentos distintos, através de um questionário aplicado numa amostra de 76 enfermeiros da população estimada. Os resultados apontaram necessidades de mudança e busca de estratégias de intervenção capazes de favorecer o conhecimento e modificar a prática de HM pelos enfermeiros.

Conclui-se que apesar de os enfermeiros demonstrarem conhecimentos significativos sobre a HM, esta prática ainda não é realizada conforme as recomendações da OMS ou seja “os cinco momentos”.

Verifica-se que a eficácia da implementação de um programa de formação de forma contínua e sistematizada sobre a higienização das mãos pode influenciar os conhecimentos dos enfermeiros, assim como o interesse da instituição em subsidiar recursos para a implementação da prática da higienização segundo os critérios exigidos pela OMS.

**Palavra chave:** Higienização das mãos, conhecimentos, práticas, enfermeiros e infecção hospitalar

## **ABSTRACT**

Hand hygiene is considered a measure of greater impact and proven efficacy in preventing infections associated with health care (IACS), since it reduces the cross-transmission of microorganisms.

Having a sense of the importance of this issue in the present and in our context, we develop a study on the " Handwashing: knowledge and practice of nurses Agostinho Neto Hospital" with the following objectives: to evaluate the perception and knowledge that nurses have the HAN about hand hygiene and analyze the effectiveness of a training program on the HM performed the nurses in emergency the HAN.

The research undertaken aimed to answer the following questions: What knowledge and practices of nurses emergency services related to the HAN handwashing?, What is the impact on the knowledge and practice of nurses in serviceurgency, a training program for the implementation of a hand hygiene protocol? This is a study of exploratory-descriptive and comparative study between two groups. Data collection was in two distinct moments, através a questionnaire applied to a sample of 76 nurses population estimada.

This results indicate changing needs and search strategies of intervention to promote awareness and change the practice of HM nurses.

Concluded that although nurses demonstrarem significant knowledge about the HM, this practice is not carried out according to the recommendations of WHO ie "five times."

It is found that the effectiveness of the implementation of a training program continuously and sistematizada on hand hygiene can influence the knowledge of nurses, as well as the institution's interest in resources to support the implementation of the practice of cleaning according to the criteria required by WHO.

**Abstract:** Hand hygiene, knowledge, practices, nurses and hospital infection



## INDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 - Modelo conceptual da OMS para a higiene das mãos .....	60
Figura 2 – Distribuição da amostra Grupo experimental e do Controlo .....	62





## INDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 – Conhecimento e Necessidade de Higienização das Mãos (CNHM) 1º e 2º Momento) .....	82
Quadro 2 – Conhecimentos sobre a Higienização e a Prevenção de Infecção do Profissional de saúde (CHPIP), 1º e 2º Momento (grupo experimental e grupo controlo) .....	83
Quadro 3 – Dados relativos do teste t de diferenças de médias do Conhecimento e necessidade de higienização das mãos 1º e 2º Momento.....	74



## INDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros em relação ao Sexo.....	67
Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros por grupos etários .....	67
Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros quanto à categoria profissional.....	67
Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros em relação ao tempo de serviço.....	68
Tabela 5 – Distribuição dos enfermeiros em relação às habilitações literárias.....	68
Tabela 6 – Distribuição dos enfermeiros (Grupo Experimental e Controlo) pelos locais de trabalho, 1º e 2º Momento .....	69
Tabela 7 – Distribuição da percentagem média de doentes hospitalizados que desenvolvem uma infecção relacionada com os cuidados de saúde .....	70
Tabela 8 – Em geral qual é o impacto de uma infecção relacionada com os cuidados da saúde na evolução clínica do doente no seu serviço.....	71
Tabela 9 – Importância da higienização das mãos nas prioridades da gestão da instituição na segurança do doente .....	71
Tabela 10 – Opinião dos enfermeiros sobre a higienização das mãos com água e sabonete ou solução alcoólica por parte dos profissionais quando recomendado (entre 0 e 100%) .....	72
Tabela 11 - Os líderes e os gestores da sua instituição apoiam e promovem abertamente as práticas de higienização das mãos.....	72
Tabela 12 – Que importância os chefes do seu serviço dão ao facto de realizar uma excelente higienização das mãos .....	73
Tabela 13 – Que importância seus colegas de serviço dão ao facto de realizar uma excelente higienização das mãos? .....	73
Tabela 14 – Sobre a questão “Que importância o doente dá ao facto de praticares uma excelente higienização das mãos?” .....	74
Tabela 15 – Como avalia os esforços necessários para fazer uma boa higienização das mãos? .....	74
Tabela 16 – Disponibilidade de solução alcoólica na unidade do doente.....	75

Tabela 17 – Qual é a percentagem média de casos quando higienizas as mãos por fricção por solução alcoólica e quando é realizada com água e sabonete (entre 0 e 100%)? .....	75
Tabela 18 – O uso da solução alcoólica é importante para facilitar a higienização das mãos no seu serviço? .....	76
Tabela 19 – Os dispositivos alcoólicos são fáceis de usar? .....	76
Tabela 20 – As suas mãos toleram bem o uso da solução alcoólica para a higienização das mãos? .....	77
Tabela 21 – O conhecimento sobre a prática da higienização das mãos ajuda a equipa do serviço a melhorar a respetiva prática no local de trabalho? .....	77
Tabela 22 – Importância da implementação de um protocolo da higienização das mãos no ambito prevenção das infecções associadas aos cuidados da saúde .....	78
Tabela 23 – Se participar numa acção de formação sobre a higienização das mãos, poderá melhorar as suas práticas de higienização de mãos? .....	78
Tabela 24 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativas à existência do cartaz no serviço “ Cinco momentos para a higienização das mãos?” .....	79
Tabela 25 – Percepção do conhecimento da técnica correta de higienização das mãos .....	79
Tabela 26 – Higienização das mãos em relação à cada momento.....	79
Tabela 27 – “Quais as seguintes ações de higienização das mãos previnem a infecção do profissional da saúde?” .....	80

## ÍNDICE

PAG.

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO I : FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>31</b>
<b>1. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE .....</b>	<b>31</b>
1.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA E A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTROLO DA INFEÇÃO NA ATUALIDADE.....	34
1.2. MICROBIOLOGIA DA PELE.....	37
1.3 TRANSMISSÃO MICROBIANA E A SEGURANÇA DO DOENTE .....	39
1.4 FACTORES DE RISCO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	42
1.5 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES.....	35
<b>2.PRÁTICA DE HIGIENIE DAS MÃOS .....</b>	<b>44</b>
<b>3.PRÁTICA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA PERSPECTIVA COGNITIVA COMPORTAMENTAL .....</b>	<b>48</b>
<b>4.ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A ADESÃO DOS ENFERMEIROS À PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE .....</b>	<b>51</b>
<b>CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>57</b>
<b>1. METODOLOGIA.....</b>	<b>57</b>
1.1.TIPO DE ESTUDO.....	57
1.2.OBJECTIVOS DO ESTUDO .....	59
1.3.HIPÓTESES .....	59

1.4.OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	51
1.5.POPULAÇÃO/ AMOSTRA .....	61
1.6.INSTRUMENTO DE RECOLHA DOS DADOS.....	62
<b>1.1.1-Operacionalização do questionário</b>	<b>62</b>
1.7.TRATAMENTO ESTATÍSTICO .....	65
1.8.PRINCÍPIOS ÉTICOS .....	66
<b>2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>66</b>
2.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DESCRITIVA DAS RESPOSTAS DOS ENFERMEIROS.....	69
2.2. ANÁLISE DA EFICÁCIA DO PLANO DE FORMAÇÃO NAS OPINIÕES E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DO HAN EM RELAÇÃO COM A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	80
<b>3.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NO HAN	
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO 1	
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO 2	
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I - PLANO DE FORMAÇÃO SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO HAN	
ANEXO II - ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	

## INTRODUÇÃO

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquirimos um conjunto de competências e identificámos que é importante durante as nossas práticas aplicar novos conhecimentos resultantes das evidências científicas, sendo que tal só é possível através da investigação.

Ao longo da história do processo saúde-doença, as infeções desafiam os avanços científicos e tecnológicos, mobilizando a atenção dos profissionais, pesquisadores, gestores, na área da saúde num âmbito mundial. Em geral, as infeções têm uma etiologia complexa relacionada com factores endógenos dos sistemas de saúde, o *deficit* de conhecimento, os desafios de comportamento humano entre outros factores externos que agravam mais a situação. Assim a infeção continua a constituir uma séria ameaça para a segurança especialmente dos doentes hospitalizados, o que vai contribuir para o aumento da morbilidade e dos custos hospitalares. Essas infeções além de acarretarem sofrimentos para os doentes e famílias, também podem pôr em risco os profissionais da saúde (Anvisa, 2009).

As mãos são consideradas as principais vias de transmissão dos microorganismos durante a prestação de cuidados aos doentes, sendo a pele um reservatório de diversos microorganismos, que podem transferir-se de um doente para outro, por contato direto, ou indireto através de superfícies ou objetos contaminados. Neste sentido a higienização das mãos, como medida preventiva visa à remoção da maioria dos microorganismos da flora transitória. Contudo, apesar das evidências científicas, nota-se que grande parte dos profissionais de saúde ainda não segue as orientações recomendadas pelas organizações internacionais (Petit *et al.*, 2000; CDC, 2002; WHO, 2006; DGS, 2010; Cardoso, 2012).

Historicamente, o médico Ignaz Philipp Semmelweis, um dos pioneiros no controlo de infeção hospitalar, que em 1847, descobriu que um simples ato de lavar as mãos com água e sabão e posteriormente em solução clorada, antes de entrar em contato direto com os doentes, reduziu os índices de morte das parturientes pela febre puerperal. (Elias, 2006 citado por Coelho, Arruda e Simões, 2011; Cardoso, 2012).

Apesar da importância epidemiológica da higienização das mãos na prevenção das infecções hospitalares, a adesão a essa medida tem - se constituído um dos maiores desafios para as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que, dentre outros aspetos, envolve recursos humanos nos estabelecimentos de saúde e a sua organização. Embora reconhecendo como a medida preventiva mais importante para reduzir a transmissão dos microrganismos por contato, vários estudos demonstram que a adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos é muito insatisfatória.

Estudos indicam que a adesão a esta prática permanece baixa entre os profissionais da saúde e principalmente nos profissionais de enfermagem com taxas que variam de 5% à 81%, sendo em média de 40% (Neves, 2006; Anvisa, 2009; Soares *et al.*, 2012).

Em Portugal segundo dados da Direção Geral da Saúde (DGS) (2010), a adesão à prática da higiene das mãos continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%.

A infecção relacionada com os cuidados da saúde constitui um problema sério para a Saúde Pública que segundo os estudos afeta um número grande de doentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, entre 5% e 10% dos doentes admitidos em hospitais dos países desenvolvidos, adquirem uma ou mais infecções e nos países em desenvolvimento o índice chega a atingir 25% a 40% (WHO, 2005).

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América afirma que cerca 2 milhões de casos anuais de infecções hospitalares ocorrem nas unidades hospitalares, o que representa 20 mil óbitos, e que os gastos oscilam entre 4,5 a 5,7 bilhões de dólares por ano (Nogueras, Rojas e WHO, 2006; Martinez, Campos e Nogueira, 2009; Lacerda, 2000; Dantas *et al.*, 2010).

Ainda, segundo os autores através de um estudo realizado em um hospital de Nova York, (1991), apresentado na Assembleia Mundial da Saúde – OMS, (2002) indicou que 4% dos doentes sofrem de algum tipo de dano durante o internamento e que 70% dos eventos adversos causam incapacidade temporária e além disso, 14% podem evoluir para a morte (Cantillo, 2007; Senna, 2010).

Neste contexto é que se apresenta a higiene de mãos como uma medida eficaz na prevenção de infecção hospitalar, considerada uma das ocorrências adversas que



podem provocar dano ao indivíduo submetido aos cuidados de saúde (Harada *et al.* 2006; Senna, 2010).

A necessidade da higienização das mãos é reconhecida também em Portugal através da DGS, quando inclui recomendações para esta prática (Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD, 2010) que instrui sobre a Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde no País.

A importância deste tema fica ainda mais destacada quando se verificou que diversas regulamentações e manuais internacionais, elaborados por associações profissionais ou órgãos governamentais internacionais, são direcionados para a higienização das mãos, reconhecendo as evidências sobre o valor dessa ação básica de controlo (DGS, 2010).

Em Outubro de 2002, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) publicou as *Guidelines* de Higienização das Mãos, tendo a expressão “lavagem de mãos” sido substituído por “higienização das mãos”, que engloba a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção antiséptica, uso de preparações alcoólicas e a anti-sépsia cirúrgica (Pittet, 2002; Tipple, 2010).

Elias e Miyadahira, citados por Cardoso (2012) enunciam que atualmente, os profissionais de saúde necessitam de ter conhecimento sobre a verdadeira importância da higienização das mãos e sua correta utilização. Essa medida segundo estes autores, está relacionada com as boas práticas de higiene do ambiente e a prevenção das infeções no doente durante a fase do internamento, referindo ainda que as infeções hospitalares estão presentes no dia-a-dia do trabalho dos enfermeiros.

A atenção com a segurança do doente, enfatizando o tema “Higienização das Mãos” tem sido tratada como prioridade, a exemplo da “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, iniciativa da OMS. A criação dessa aliança realça o fato de que a segurança do doente é reconhecida como uma questão global. As mãos são consideradas as principais ferramentas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, uma vez que são as executoras das atividades (Anvisa 2009).

A higienização das mãos são a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir o desenvolvimento dos microorganismos, nas instituições da saúde em todo mundo, todavia apesar da sua importância epidemiológica na prevenção das infeções hospitalares, a adesão a essa medida tem se constituído em um dos maiores desafios para as Comissões de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH) que envolve os

recursos humanos nas instituições da saúde e a organização. Embora se reconheça como a medida preventiva mais importante para reduzir a transmissão de microrganismos por contato, vários estudos têm demonstrado que a adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos é muito insatisfatória.

A preocupação com a transmissão das infecções aflige diversos pesquisadores, levando à realização de estudos direcionados para a monitoração da aderência dos profissionais de saúde às práticas de HM, tendo como desafio a implementação de estratégias que incentivem maior adesão e manutenção dos níveis ideais desta recomendação.

Outros autores em alguns estudos sugeriram que se instituem intervenções com o propósito de estimular a adesão e melhorar as práticas, tais como, mudanças na cultura organizacional para o maior envolvimento do *staff*, introdução do uso do álcool à 70% em gel, distribuído nas unidades dos doentes e até mesmo um estímulo financeiro de forma a promover a motivação. Com estes estudos, demonstraram a complexidade na introdução aquando das mudanças de comportamentos associados à higiene das mãos (Larson *et al.*, 2000; Harbarth *et al.*, 2002; Marra *et al.*, 2008; Souweine *et al.*, 2009, Senna, 2010).

Primo *et al.*, (2010) afirmam que, cerca de 30% dos casos de Infecções associadas aos cuidados da saúde (IACS) são considerados preveníveis por medidas básicas, sendo a higienização das mãos (HM), com água e sabão ou álcool a 70% (gel ou glicerinado), são as medidas mais simples e efetivas e de menor custo. O controlo dessas infecções por meio de uma higienização cuidadosa e frequente das mãos atende às exigências legais e éticas, promove a segurança e a qualidade do cuidado prestado ao doente.

Evidências científicas de acordo com Senna (2010), citando Henriquez, demonstram a efetividade das estratégias utilizadas pelas equipas de comissão de infeção hospitalar (CIH) na prevenção e redução de infeções hospitalares.

Outros estudos consideram a necessidade de recorrer aos modelos teóricos do comportamento humano utilizados na psicologia social, explicações para as mudanças de comportamento observadas a partir dos seus comportamentos identificadas entre os profissionais dentro de uma mesma instituição ou numa unidade de internamento durante a realização das suas práticas. Estes modelos segundo os autores poderiam explicar quais as motivações que modificam o comportamento dos profissionais de

saúde para justificar melhorias nas taxas de adesão, após intensos programas de intervenção (Pittet *et al.*, 1999A, 2004A; Pittet, 2004B; Whitby *et al.*, 2006; Senna, 2010).

**A escolha do tema da investigação** surgiu, uma vez que se trata de um tema pouco estudado no contexto de saúde em Cabo Verde e assim, pela pertinência da temática neste contexto foi nossa intenção fazer um estudo sobre esta problemática. Esta continua a ser considerada uma temática de interesse em diferentes áreas do conhecimento e simultaneamente caracteriza-se por ser um fenómeno interdisciplinar. Por outro lado a nossa opção por realizar este estudo prende-se com o fato de permanecer uma das grandes preocupações dentro das instituições hospitalares atualmente. Tal procedimento representa a principal medida preventiva e de controlo de infeções hospitalares e é usado de forma inadequada pelos profissionais da saúde, o que implica uma baixa taxa de adesão. Outros são os motivos subjacentes à nossa opção entre os quais destacamos, a ausência tanto de uma Comissão de Controlo da Infecção como de normas e protocolos implementados nos vários serviços do hospital que acolheu a realização desta investigação.

Dessa forma, devido à importância da enfermagem na prevenção das infeções hospitalares, e diante da argumentação baseado no pressuposto de que a higienização das mãos é uma medida importante na prevenção das infeções nas instituições hospitalares, esperamos responder as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos enfermeiros dos serviços de urgências do HAN relacionados com a higienização das mãos?
- Qual o impacto, nos conhecimentos e nas práticas dos enfermeiros de um serviço de urgência, de um programa de formação para a implementação de um protocolo de higienização das mãos?

Optámos por estudar este tema, uma vez que, são os profissionais de enfermagem que desenvolvem várias intervenções durante a realização dos cuidados prestados. Por isso, se torna necessária a utilização da técnica correta da higienização das mãos, visto que, para Rocha, Borges e Filho citado por Cardoso (2012), as mãos dos profissionais de saúde são as vias mais frequentes de transmissão de microorganismos no ambiente hospitalar, além de serem reservatórios para os microorganismos multiresistentes. Devido ao fato de os profissionais de enfermagem terem múltiplas intervenções no cuidado ao doente, a utilização dos processos da

técnica e dos conhecimentos sobre a higienização das mãos torna-se imprescindível na prática do cuidado.

Nexto contexto, desenvolvemos um estudo do tipo exploratório-descritivo e comparativo entre dois grupos, centrado nos seguintes objetivos:

- Avaliar a percepção e os conhecimentos que os enfermeiros têm sobre a higienização das mãos;
- Analisar a eficácia dum programa de formação sobre a HM nos enfermeiros dos serviços de urgência do HAN.

A estrutura do trabalho está organizada em dois capítulos fundamentais. Do primeiro, consta o enquadramento teórico, onde desenvolvemos como tema fundamental a higienização das mãos na prevenção das IACS, incluindo a evolução histórica e a sua importância no controlo da infeção, os aspetos microbiológicos da pele e ainda os fatores de riscos associados às infeções relacionadas aos cuidados da saúde. De seguida, descrevemos as práticas da higiene das mãos segundo a bibliografia atual, bem como a prática da higienização das mãos numa perspectiva cognitiva comportamental. Por fim, desenvolvemos as estratégias para promover a prática da higienização das mãos nos hospitais, no qual perspectivamos a intervenção dos prestadores de cuidados em geral, mas a dos enfermeiros em particular.

No segundo capítulo iremos apresentar o desenho metodológico porque sendo um estudo de carácter exploratório-descritivo e comparativo entre dois grupos, exigiu um certo número de etapas que descrevemos com algum pormenor. Ainda serão enunciadas as hipóteses de investigação e as variáveis, a caracterização da amostra, os instrumentos de medidas utilizados, os procedimentos na colheita dos dados e o seu tratamento estatístico.

Ainda neste mesmo capítulo integra-se a apresentação e análise dos resultados e a discussão, tendo por base o quadro de referência e a nossa experiência, evidenciando que a consideramos pertinente bem como algumas implicações para a prática de cuidados, no sentido de promover a higienização das mãos como ação prioritária e importante na prevenção das IACS. Concluimos com os aspetos considerados mais pertinentes, servindo de base para uma reflexão e ponto de partida para novas possibilidades de investigação.

Para a concretização do nosso trabalho, inúmeras foram as formas bibliográficas pesquisadas, quer a nível do enquadramento e fundamentação teórica para o tema, quer a nível da implementação da metodologia propriamente dita.



## **CAPÍTULO I : FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A primeira parte da dissertação apresenta os referenciais que enquadram o estudo que pretendemos desenvolver.

Mencionaremos a pertinência da Higienização das mãos na atualidade, porque como é do conhecimento, apesar da importância para a prevenção e controle de infecção, diversos autores têm demonstrado a falta de compromisso e de responsabilidade dos profissionais com esta prática, indicando a necessidade de repensar estratégias que se repercutam na mudança de comportamento. Numa segunda parte abordaremos a prática da higienização das mãos englobando os diferentes tipos segundo o protocolo da Anvisa (2013). Apresentaremos posteriormente a prática da higienização das mãos numa perspectiva cognitiva comportamental e as estratégias para promover a adesão a prática de higienização das mãos no hospital.

### **1.HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

A higienização das mãos com água e sabão é considerada uma medida de higiene pessoal ao longo das gerações. As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante o cuidado ao doente. A pele alberga os microrganismos de forma transitória e permanente e estes estão dependentes de acordo com o grau da virulência e facilidade de remoção. A flora residente é constituída por microrganismos de baixa virulência (estafilococos, corinebactérias e micrococos) e de difícil remoção por penetrarem nas camadas mais profundas da pele. A flora transitória é constituída por microrganismos adquiridos pelos profissionais de saúde durante o contato com o doente ou superfícies contaminadas no ambiente hospitalar. Estes são de fácil eliminação por colonizarem superficialmente a pele, mas apresentam alta virulência como as Enterobactérias, *Pseudomonas* sp. e Fungos (Pittet, 2003, *Centers For Disease and Control*, 2002, Senna, 2010).

A diminuição dos microorganismos da pele e mucosa pode processar-se em diferentes níveis, dependendo dos procedimentos utilizados na desinfecção e antissépsia. O processo da higienização das mãos remove a microbiótica transitória humana que coloniza as camadas superficiais da pele e também a oleosidade, o suor

e células mortas, bem como a sujidade que promove a permanência e desenvolvimento dos microorganismos. Entretanto, estudos apontam que o uso de uma solução anti-séptica para a desinfecção das mãos surgiu apenas no início do século XIX (Valle *et al.*, 2009 citado por Soares *et al.*, 2012).

Na atualidade segundo as evidências científicas, estudos realizados através dos trabalhos nacionais e internacionais argumentam a confirmação da pele normal como um grande disseminador de microorganismos, apresentando-se em forma de escamas, tendo a contaminação das mãos dos profissionais de saúde com diversos microorganismos, durante a realização dos procedimentos limpos, ao tocar as superfícies junto do ambiente do doente ou mesmo na pele íntata do doente (Hoffman *et al.*, 1985; Jacobson *et al.*, 1985; Centers For Disease Control and Prevention, 2002; Senna, 2010).

A realização da Campanha Nacional de Higiene das Mãos inseriu-se na estratégia multimodal proposta pela *World Alliance for Patient Safety*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), no seu 1º. Desafio “*Clean Care is Safer Care*”, já realizado por muitos países em todo o mundo. Segundo o relatório da Campanha Nacional de Higiene das Mãos (2010 – 2011), o objectivo foi promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada e abrangente, contribuindo para a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e para o controlo das resistências dos microorganismos aos antimicrobianos, tendo como meta o aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos (DGS, 2010).

Historicamente, a higienização das mãos caracteriza-se como importante medida na prevenção das IACS, sendo considerada a medida primordial contra o desenvolvimento dos microorganismos no âmbito hospitalar. Vários processos têm sido desenvolvidos a partir dos estudos de Semmelweis, no intuito de prevenir a contaminação dos doentes pelo contacto manual dos profissionais da saúde, associado à produção de soluções industrializadas que procuram melhorar a adesão à higienização das mãos durante os cuidados da saúde (Medeiros *et al.*, 2012).

Conforme refere Fontana e Triplle citado por Giarola *et al.*, (2012), o papel da enfermagem no controlo das infeções hospitalares está presente desde as suas primeiras descobertas. Florence Nightingale já apresentava uma preocupação com essa problemática, durante a Guerra da Criméia, padronizou procedimentos de cuidados de enfermagem voltados para a higiene e limpeza dos hospitais, introduzindo



principalmente técnicas de anti-sépsia, com a finalidade de diminuir os riscos desse tipo de infecção. Neste contexto verifica-se que a enfermagem é a categoria profissional mais direcionada para os cuidados ao doente, direta ou indiretamente e, conseqüentemente, na prevenção e controlo das infeções relacionadas com a assistência, sendo a higiene das mãos um papel importante (Fontana 2006; Triplle *et al.*, 2007; Giarola *et al.*, 2012).

Estudos têm demonstrado que algumas infeções hospitalares são consideradas evitáveis e, portanto descritas como possíveis de prevenção, ou seja, aquelas em que se pode interferir na cadeia de transmissão dos microrganismos por meio de medidas reconhecidas como eficazes. A higiene das mãos, o processamento de dispositivos médicos e superfícies, e até mesmo a utilização de equipamentos de proteção individual como forma de respeitar as precauções universais são algumas das medidas bem descritas na literatura e consideradas eficazes na prevenção e controle das infeções hospitalares (Brevidegli e Cianciarullo, 2001, Pereira *et al.*, 2005; Senna, 2010).

De acordo com a Anvisa (2009), a higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma medida primária e muito importante, no controle de infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Por esse motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e do controlo de infeções nos serviços de saúde, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes.

Para Soares *et al.*, (2012) a higiene das mãos tem um efeito de grande utilidade nas áreas de prestação dos cuidados de alto risco. Além de proteger o doente, os processos da higienização das mãos representam uma importante barreira de biosegurança contra a proliferação dos microorganismos.

Estudos sobre o tema demonstram que apesar de fortes evidências a adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos de forma constante e na rotina diária ainda é insatisfatória, devendo ser estimulada para tornar esses profissionais conscientes da importância do tal hábito.

A enfermagem tem uma grande responsabilidade na prevenção e controle das infeções que através da formação continua e a partir da capacitação profissional, deve conscientizar os outros profissionais da saúde para que os mesmos adiram às medidas de controlo e prevenção das infeções enfatizando-se a higienização das

mãos como uma norma a ser cumprida (Pereira *et al.*, 2005; Soares *et al.*, 2012). Portanto torna-se imprescindível reformular essas práticas nos serviços de saúde, na tentativa de mudar a cultura prevalente, de modo a aumentar a adesão à higienização das mãos. Desta forma, a atenção dos gestores públicos, dos diretores e administradores dos serviços de saúde e dos educadores deve estar voltada para o incentivo e a sensibilização dos profissionais em relação à adoção de boas práticas relativamente à higienização das mãos. No entanto, preconiza-se que todos os intervenientes nos serviços da saúde devem estar sensibilizados para a importância dessas medidas no intuito de garantir a segurança e a qualidade da atenção prestada (Anvisa, 2009).

O controlo das infeções nos serviços de saúde, incluindo as práticas da higienização das mãos, além de atender às exigências legais e éticas, converge também para melhoria da qualidade no atendimento e assistência do doente. As vantagens destas práticas são inquestionáveis, desde a redução da morbilidade e mortalidade dos doentes até a redução de custos associados ao tratamento dos quadros infecciosos.

### 1.1.EVOLUÇÃO HISTÓRICA E A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTROLO DA INFEÇÃO NA ATUALIDADE

O conceito da higiene das mãos como prática do controlo das infeções surgiu provavelmente no início do século XIX. Em 1843, Oliver Wendell Holmes concluiu que a febre puerperal era disseminada por meio das mãos pela equipa da saúde. Concluiu-se que as medidas poderiam restringir esta disseminação e as suas recomendações surtiram impacto nas práticas obstétricas nesse período.

A higienização das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infeções hospitalares. Como medida prioritária, vem sendo reconhecida e recomendada, desde 1846, como a prática obrigatória para os profissionais da área da saúde, com base na demonstração da sua efetividade e na redução das infeções e, consequentemente, da mortalidade (Oliveira e Paula, 2011).

No entanto outros estudos revelaram que, há mais de 150 anos, e de acordo com Wendt citado por Tiplle *et al.*, (2007), foi comprovada a sua importância por Ignaz Philipp Semmelweis que instituiu esta prática no Hospital Geral de Viena, como um meio para o controlo das infeções puerperais. Semmelweis tornou-se assim, um dos pioneiros no controlo de infeção hospitalar, ao reduzir drasticamente as taxas de infeção puerperal, com a introdução prática da higienização das mãos com uma solução germicida (ácido

clórico), após as autópsias e antes da observação das parturientes na “sua” maternidade.

Nessa perspectiva a higienização das mãos, como medida de controlo de infeção não é uma recomendação recente, devendo ocorrer antes e após o contacto com o doente, entre cada procedimento, entre os procedimentos no mesmo doente e após o contacto com sangue, líquido corporal, secreções, excreções e materiais ou equipamentos contaminados (Brasil, 1998, Neves *et al.*, 2006; Dantas, *et al.*, 2010).

Além de Semmelweis, há outros grandes nomes na ciência que também contribuíram para ressaltar tal prática no controle das infeções, como Oliver Wendel Holmes, Pasteur, Lister, Robert Koch, Florence Nightingale e entre outros.

Ressaltamos a marcante presença da enfermeira Florence Nightingale, que em meados do século XIX demonstrou grande preocupação com a interferência da contaminação do ambiente hospitalar na disseminação das infeções. Florence instituiu o cuidado individualizado, a limpeza, a diminuição de leitos por enfermaria e a redução na circulação de pessoas estranhas, como medidas de redução de desenvolvimento das infeções no ambiente hospitalar. Estas práticas foram desenvolvidas com uma abordagem epidemiológica para a prevenção e controle de doenças infecciosas e infeções hospitalares, durante o período ainda na pré-descoberta da bacteriologia (Carraro, 2004; Tiplle *et al.*, 2007).

Os conhecimentos adquiridos com o advento da bacteriologia permitiram dimensionar uma forma de infeção adquirida, a partir da utilização dos instrumentos de intervenção, pelas mãos dos profissionais de saúde e pela própria microbiota humana. Estas conquistas no campo da bacteriologia foram adicionadas à prática hospitalar apenas no início do século XX. As práticas de controle de infeção hospitalar foram, portanto salvaguardadas pela bacteriologia que possibilitou então o sucesso das intervenções invasivas sobre o corpo, cada dia mais especializadas. Entretanto, a ocorrência das infeções hospitalares persistiu apesar de toda a instrumentalização das práticas de controle. E, em meados do século XX começam a surgir infeções causadas por microrganismos resistentes a diversas classes de antimicrobianos (Lacerda e Egry, 1997; Senna, 2010).

No passado, as medidas de controlo de infeção, segundo Wilson citado por Lima (2008), tinham tendência para se centrar em medidas específicas para prevenir a transmissão a partir dos doentes que se sabiam serem portadores de doenças

contagiosas. A higiene de mãos é descrita como uma destas práticas e comprovadamente uma das medidas de proteção do doente mais efetiva para a redução e disseminação de infeções hospitalares (CDC, 2007, Senna, 2010).

No decurso das últimas décadas assistiu-se uma evolução do conhecimento sobre as práticas de higiene das mãos, passando-se da lavagem das mãos com água e sabão simples ou antimicrobiano à fricção das mãos com soluções à base de álcool, prática esta que se tornou mais universal. Por outro lado o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos, incluindo a higienização simples, a higienização anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos (Silva, 2005; Rosenthal *et al.*, 2005; Anvisa, 2007).

As Precauções Básicas, implementadas em 1988, pelo CDC englobam todos os princípios essenciais de controlo de infeção que são obrigatórios em qualquer serviço de prestação de cuidados de saúde. Estas aplicam-se a todos os doentes hospitalizados independentemente do seu diagnóstico, fatores de risco e presumível estado infeccioso, de modo a diminuir o risco tanto de doentes como dos profissionais da saúde de contraírem uma infeção. Portanto a higiene das mãos está no centro das Precauções Básicas e segundo Franco (2010), é indiscutivelmente a medida isolada mais eficaz no controlo de infeção.

Portugal aderiu, em 8 de Outubro de 2008, ao 1º desafio: *Clean care is Safer Care*, da “*World Alliance for Patient Safety*” da OMS. O objetivo principal deste desafio é promover a higiene das mãos em todos os hospitais, à escala mundial e nacional. Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção realizado no ano (2010) pelo Programa Nacional de Controlo de Infecção - DGS, e no qual foram estudados 21011 doentes internados em 111 hospitais, observou-se uma taxa de prevalência de infeção nosocomial de 11,7% em 9,8% de doentes e uma taxa de prevalência de infeção da comunidade de 22,5% em 22,3% de doentes.

A estratégia multimodal da OMS objetiva a melhoria da HM em serviços de saúde e engloba cinco componentes que formam a estratégia multimodal, os quais são: mudança de sistema, envolvendo a disponibilização de produtos para higienização das mãos HM, no ponto de assistência; educação e treinamento dos profissionais; avaliação da adesão à HM; lembretes no local do trabalho para HM e estabelecimento de um clima institucional de segurança para HM (Who, 2009; Pittet, 2009; Anvisa, 2012).

Para Tiplle citado por Senna (2010), este foi um grande desafio aos profissionais de saúde, mesmo desde o início de século XXI, após importantes avanços tecnológicos, não se verifica uma situação diferente do período em que Ignaz Semmelweis e Florence Nightingale se esforçavam para identificar as melhores práticas do controle de infecção.

#### 1.4 MICROBIOLOGIA DA PELE

A pele consiste no revestimento do organismo é indispensável à vida, visto que isola os componentes orgânicos do meio exterior, impede a ação de agentes externos de qualquer natureza, evita perda de água, eletrólitos e outras substâncias do meio interno, oferece proteção imunológica, faz termorregulação, favorece a percepção e tem função secretória (Herceg; Peterson, 1997; Granato, 2003; CDC, 2002; Cardoso, Mimica, Anvisa, 2009).

A estrutura básica da pele inclui, da camada externa para a mais interna: estrato córneo, epiderme, derme e hipoderme. A epiderme tem a função de barreira para prevenir à penetração e a absorção das toxinas, dos microorganismos, retenção da água e de outras substâncias. A barreira à absorção percutânea está no interior do estrato córneo, que é o mais fino e menor compartimento da pele. A pele é um órgão dinâmico, uma vez que a sua formação e integridade estão sob controle homeostático e qualquer alteração resulta no aumento da proliferação de suas células. Devido à sua localização e extensa superfície, é constantemente exposta a vários tipos de microorganismos do ambiente. Assim, a pele normal do ser humano é colonizada por bactérias e fungos, sendo que diferentes áreas do corpo têm concentração de bactérias variáveis por centímetro quadrado: couro cabeludo - 106 UFC/cm<sup>2</sup>; axila - 105 UFC/cm<sup>2</sup>; abdômen ou antebraço - 104 UFC/cm<sup>2</sup>; mãos dos profissionais de saúde - 104 a 106 UFC/cm (Granato, 2003; CDC, 2002; Kampf; Kramer, 2004, Cardoso, Mimica, Anvisa, 2009).

Para compreender os objetivos das diversas abordagens à higienização das mãos, o conhecimento da flora normal da pele é essencial. As mãos são o principal meio de transmissão das infecções hospitalares, por serem os instrumentos mais usados nos cuidados do doente.

De acordo Price (1938), em seu clássico estudo sobre a quantificação da flora da pele, dividiu as bactérias isoladas das mãos em duas categorias: transitória e residente.

Segundo o autor esta classificação é essencial para a compreensão da cadeia de transmissão dos agentes infecciosos (Anvisa, 2009).

A flora transitória é composta por microrganismos que se colonizam na superfície da pele, provenientes de fontes externas que sobrevivem um curto período de tempo e é possível a remoção pela higienização simples das mãos com água e sabonete e por meio de fricção mecânica. Normalmente é formada por bactérias gram negativas, como enterobactérias, pseudomonas, bactérias aeróbicas formadoras de esporos, fungos e vírus, possuindo maior potencial patogénico. Por serem mais facilmente removidos da pele, por meio de ação mecânica, os microrganismos que compõem a microbiota transitória também se espalham com mais facilidade pelo contacto e são eliminados com mais rapidamente pela degermação com soluções anti-sépticas. São frequentemente adquiridos por profissionais de saúde durante o contacto direto com o doente, colonizado ou infetado, ambiente e superfícies próximas do doente, produtos e equipamentos contaminados e quando não se realiza uma higienização adequada das mãos (Kawagou, 2004; Cardoso, Mimica, Anvisa, 2009).

A flora residente é a camada que está aderente à porção mais profunda da pele, é de difícil remoção e é menos associada às infeções hospitalares. Entretanto, podem causar infeções após os procedimentos invasivos, se o doente for imunodeprimido ou se tiver um dispositivo implantado. A composição dos microrganismos varia quantitativamente e qualitativamente, dependendo do local anatómico, género, idade, condição clínica, hospitalização e das condições climáticas. As bactérias como o *Corynebacterium* spp e *Propionibacterium* spp, compõem cerca de 60% do total da flora microbiana e encontra-se principalmente nas regiões com grande número de glândulas sebáceas. As corinobactérias lipófilas atuam na supressão de estafilococos coagulase-negativo enquanto que os *Stafylococcus aureus* se encontram nas áreas mais secas da pele onde se desenvolvem os estafilococos coagulase-negativos (*S. Epidermidis*, *S. hominis*, *S. Capitis*, entre outros) e *micrococcus* spp (Kawagou, 2004; Cardoso, Mimica, Anvisa, 2009).

Além da flora microbiana residente e transitória, Rotter (1999) descreve um terceiro tipo de microrganismos existentes nas mãos, denominada flora microbiana infecciosa. Inclui os microrganismos de alta patogenicidade, causadores de infeções específicas como os abscessos e eczema infetado das mãos. As espécies mais frequentemente

encontradas de acordo a Anvisa (2009), são *Staphylococcus aureus* e estreptococos beta-hemolíticos.

### 1.5 TRANSMISSÃO MICROBIANA E A SEGURANÇA DO DOENTE

Segundo a DGS (2007), os hospitais no passado eram considerados locais “doentios” restringindo-se a prestação dos cuidados com uma abordagem mais humanitária do que os programas científicos. Neste contexto constata-se que as manifestações de preocupação com a necessidade de higienização das mãos no cuidado do doente se iniciaram no século XI, com Maimonides defendendo a higiene das mãos pelos praticantes da medicina. Entretanto, durante os séculos que se seguiram, os hábitos de higiene não passaram de rituais da lavagem, afirmando-se mais os cuidados com a aparência do que propriamente uma preocupação com a saúde.

Posteriormente, entre meados do sec. XVII e XIX, a prática de higiene passou a ser associada ao controlo de infeção no meio hospitalar, ou seja na melhoria das condições dos locais de assistência à saúde. Neste cenário destancado-se Florence Nighingale e Ignais Philipp Semmelweis que numa época pre-bacteriológica conseguiram uma drástica redução da mortalidade.

Contudo, mesmo quando Semmelweis produziu a primeira evidência científica de que a higienização das mãos poderia evitar a transmissão da febre puerperal, esta prática não foi compreendida na sua importância pela comunidade científica da época e tão pouco aceite pelos profissionais. Apesar de muitas vezes se tratar de uma prática empírica com o pioneirismo na aplicação da estatística e da epidemiologia, conseguiram por meio de simples medidas de controlo, diminuir a mortalidade (Celine, Carrago, 1998; Moncaio, 2010).

Estudos demonstram que após várias décadas, diversos cientistas e filósofos comprovaram e defenderam a assépsia. Verifica-se que mesmo diante do valor comprovativo da higienização das mãos na prevenção da transmissão microbiana, os profissionais da saúde, independentemente da importância ou posição continuam querer ignorar este gesto simples e não compreender os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão das doenças infecciosas (Brayan, Cohran, Larson, 1995; Bute *et al.*, 1990; Heseelin, 2001; Moncaio, 2010).

A importância deste tema é fundamentada por diversos estudos científicos internacionais publicados anualmente. Ainda de acordo com vários estudos, destaca-se o volume de regulamentação nacional, internacional e protocolos de cuidados.



Apesar de ser um tema antigo, a sua presença e atualidade são constantes nos artigos publicados e eventos científicos sobre medidas de prevenção e controlo das infeções, pelo que, continua a ser relevante.

A prevenção e o controlo da infeção, parte integrante da segurança do doente enquanto uma das componentes chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiram uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros e eficientes.

A maioria das IACS é evitável por meio de uma efetiva prática da higienização das mãos. As orientações da OMS na promoção da saúde e para a HM, apoiam a melhoria das instituições prestadoras de cuidados e são complementadas por estratégias multimodais nas quais contam com ferramentas testadas e fontes de dados sobre esta prática (WHO, 2010).

Oliveira e Paula (2011) realçam que a preocupação com a transmissão das infeções tem sido uma preocupação de diversos pesquisadores, ao levar à realização de estudos voltados para a monitoração da aderência dos profissionais de saúde para as práticas de HM, tendo como desafio a proposição de estratégias que incentivem maior adesão e manutenção dos níveis ideais desta recomendação.

A importância da higienização das mãos na prevenção da transmissão das infeções hospitalares é baseada na capacidade da pele abrigar microrganismos e transferi-los de uma superfície para a outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto e por meio de objetos. Com a introdução das práticas de HM, a redução imediata da flora microbiana transitória das mãos tem sido verificada. Desde então, estudos sobre a transmissão de micro-organismos, tendo as mãos dos profissionais como carreadoras, têm sido frequentes. Atualmente, sabe-se que a higienização das mãos reduz a transmissão de patógenos e, sobretudo a incidência de infeções relacionadas ao cuidar em saúde, sendo considerada uma medida simples e importante (WHO, 2009; Oliveira e Paula, 2011).

Deste modo, segundo WHO (2009) a prática da higienização das mãos configura-se uma medida fundamental para a qualidade da assistência e prevenção de agravos à saúde, e contribui para a segurança dos doentes e trabalhadores. O termo HM compreende a lavagem simples de mãos, lavagem anti-séptica, fricção de produto anti-



séptico e anti-sépsia cirúrgica e tem por objetivo remover sujidade, material orgânico e/ou microrganismos e prevenir a transmissão cruzada (Guedes *et al.*, 2012).

Na literatura científica recomenda-se a higienização das mãos sempre que há contato com diferentes doentes, após o contato com as secreções corporais, excreções ou com equipamentos/artigos que possam estar contaminados indiretamente, após a retirada das luvas, entre as atividades com o mesmo doente, em diferentes sítios corporais. Também recomenda-se a lavagem das mãos quando apresenta-se sujidade visível; antes e depois do contato com os fluidos corporais, sangue, urina, sémen, secreções vaginais, líquor, líquido pleural, pericardio, peritoneal, mucosas, pele lesada, e objectos que podem estar contaminados. Na ausência das condições para a higienização das mãos devem ser usados lenços ou toalhas embebidas em anti-sépticos ou fricção com álcool gel à 70%, realizando com a lavagem das mãos logo que seja possível. Os processos da higienização podem variar dependendo do objetivo pelo qual se destinam. Podem ser dividido em lavagem simples, com água corrente e sabão comum; higienização com sabão antisséptico ou fricção de antisséptico das mãos com gel a 70%. A sua eficácia em termos de ação microbiana depende do produto, da duração e técnica empregada (CDC, 2002; Brazil, 2009; Moncaio, 2010).

Estudos têm demonstrado que a relação entre a adesão à prática da HM e a redução das infeções dos serviços de cuidados da saúde está estabelecida, no entanto estudos observacionais evidenciam que a adesão dos profissionais de saúde à HM é inferior a 50%. variando entre diferentes áreas de cuidados, categorias profissionais e condições de trabalho. Entre essas áreas de cuidados estão as unidades de cuidados intensivos (UCI), nas quais os doentes em estado crítico são assistidos, submetidos a procedimentos invasivos e expostos ao risco de contraírem outras infeções, como as infeções associadas aos cuidados da saúde.

Neste contexto de cuidado, também os profissionais estão expostos ao risco de adquirir infeções pela grande demanda de procedimentos de cuidados e contato físico com o doente. Contudo, quando o contato envolve fluidos corporais e regiões potencialmente contaminadas, como as axilas e região perianal, a adesão à HM aumenta, induzindo a busca do autocuidado por parte dos profissionais (Vincent *et al.*, 2009; Gilbert *et al.*, 2010; Bathke, 2010; Correa e Nunes, 2011; Guedes *et al.*, 2012).

Diversas são as publicações científicas que demonstram a correlação entre a higienização das mãos e a redução na transmissão de infeções. A importância deste tema fica ainda mais enfatizada quando verificamos que diversas regulamentações internacionais e manuais, elaboradas por associações profissionais ou órgãos governamentais internacionais direcionadas à higienização das mãos, reconhecem as evidências sobre o valor desta ação básica de controle, que pode ser conseguida na prática do uso de sabões, detergentes ou anti-sépticos (Boyce, Pitet, 2002; Pitet, 2009; Caetano *et al.*, 2011).

Embora a HM tenha sido historicamente e reconhecida como medida fundamental no controle de infeção nos serviços de saúde, colocá-la efetivamente em prática, consiste numa tarefa complexa e difícil.

## 1.6 FACTORES DE RISCO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

As infeções estão presentes no quotidiano das atividades de enfermagem, sempre apresentadas como um risco. O risco de transmissão existe em todos os momentos da prestação de cuidados, especialmente em doentes imunodeprimidos e/ou na presença de dispositivos invasivos como catéter vesical, catéter intravenoso, tubo endotraqueal e outros. As IACS anteriormente denominada de infeção nosocomial ou hospitalar – é definida como uma infeção que ocorre num doente durante a prestação de cuidados num hospital ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde que não existia nem estava em incubação na altura da sua admissão. Inclui também infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados, mas que se manifestam após a suspensão dos mesmos, assim como as infeções de natureza ocupacional que surgem nos profissionais nas instituições da saúde. Ainda, segundo os estudos, é uma infeção que se manifesta durante o internamento, ou até 30 dias após a alta hospitalar, quando o agente infeccioso for transmitido através dos cuidados de saúde ou pelos cuidadores, ou então surja pela manifestação clínica de infeção a partir de 72h após a admissão na unidade de saúde. (Nogueira *et al.*, 2009, Franco, 2010; Gaspar *et al.*, 2012).

Na maioria dos casos, as mãos dos profissionais de saúde constituem o veículo mais comum para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas (como no tracto respiratório) ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue,

líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural,..) e de outros doentes ou do ambiente contaminado.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) as taxas de prevalência de infeção aumentam quando associadas a: ventilação mecânica invasiva (8,3%), cateterismo urinário (7,9%), alimentação parenteral (10,5%) e na presença de cateter vascular central (7,0%). O uso de ventilação mecânica associado ao tempo prolongado de utilização é um dos fatores principais da infeção (Martins, 2001).

Dentro dos fatores de riscos para o desenvolvimento de infeções hospitalares estão os riscos intrínsecos como a imunodepressão ou seja aqueles que são inerentes ao próprio doente, ao seu estado de imunodepressão e ao comprometimento dos mecanismos de defesa do organismo. Os fatores extrínsecos são todos aqueles que estão associados ao ambiente, a qualidade dos cuidados e procedimentos invasivos. Nomeadamente no suporte ventilatório através do uso de oxigénio por cateter, máscara, nebulizador, humidificadores, ambu, equipamentos de aspiração e ventilação mecânica e a utilização de cateteres vasculares e vesicais (Martins, 2001; Martins e Argol, 2005).

O Ministério da Saúde (2010, p. 13) refere:

*Os resultados não deixam dúvidas quanto ao risco importante representado pela presença de dispositivos invasivos. Apesar de as infeções da corrente sanguínea serem em número relativamente pequeno, a morbilidade e mortalidade associada e o facto de as infeções da corrente sanguínea associadas a cateter estarem incluídas no grupo de infeções evitáveis, torna desejável uma intervenção específica.*

Assim sendo, segundo vários autores aproximadamente 30% dos casos das infeções podem ser preveníveis através de uma adequada higienização das mãos. Ao realizar a técnica da higiene das mãos corretamente podem reduzir-se significativamente as infeções nas instituições da saúde, embora seja um procedimento simples e barato, a falta de adesão dos profissionais continua a ser um problema que deve ser refletido, analisado e monitorizado pela comissão do Controlo de Infeção, (Martinez, Campos e Negeira, 2009; Secco, 2010).

## 1.5. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES

Embora a maior parte destas infeções possam ser provavelmente inevitáveis, o preço a pagar pelos avanços tecnológicos e terapêuticos, um número significativo de infeções poderá ser prevenida. As principais medidas de prevenção e controlo

assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas como: higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental e isolamento e, por outro, o uso racional de antimicrobianos. Entre os principais meios de prevenção incluem-se a higienização das mãos, o isolamento de doenças transmissíveis e medidas específicas para cada local de infeção. A prevenção das infeções hospitalares deve constituir o objetivo de todos os profissionais de saúde (Pina, 2010).

Nas instituições hospitalares o maior problema que se observa está relacionado com a realização da lavagem ou da desinfeção das mãos, que com a realização dos procedimentos invasivos afecta os princípios de prevenção de infeção. Segundo Pereira (2011), a prevenção e o controle de infeção hospitalar também, devem fazer parte da filosofia de formação profissional, assim como, do processo de uma educação contínua para melhorar os conhecimentos durante a vida profissional.

A vigilância epidemiológica da resistência aos antibióticos nos microrganismos é uma componente essencial da estratégia. O consumo de antibióticos deve ser controlado e relacionado tanto com os dados da resistência como com os resultados clínicos. A padronização de condutas, a formação na área da infeção hospitalar, a racionalização, a seleção de materiais de isolamento e a monitorização da utilização de soluções de limpeza e desinfeção devem ser uma prioridade (Pereira, 2011)

## **2. PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS**

A higienização das mãos de acordo com a Anvisa (2007) é considerada uma medida de maior impacto e de eficácia comprovada na prevenção das infeções, uma vez que inibe a transmissão cruzada de microrganismos. Essa prática é considerada, segundo Sousa e Santana (Anvisa, 2007), a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infeções relacionadas com os cuidados da saúde. Ultimamente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos, incluindo a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antissépsia cirúrgica das mãos (Rosenthal *et al.*, 2005; Anvisa, 2007).

Historicamente a higiene das mãos foi considerada durante muitos anos uma medida de higiene pessoal. O conceito da higiene das mãos como agente de controlo das infeções surgiu no início do XIX, como já referido anteriormente, a primeira higienização das mãos, consistia numa solução de água clorada e sabão para a

lavagem das mãos dos profissionais que prestassem cuidados aos doentes. (Brasil, 1998, Neves et al, 2006; Dantas, *et al.*, 2010).

Estudos demonstram que em 1975 e 1985, o CDC dos EUA publicou manuais sobre a prática da higienização das mãos com sabão não antimicrobiano durante o contato com alguns doentes e por outro lado o uso de sabão antimicrobiano antes e após a realização de procedimentos invasivos ou durante o cuidar dos doentes de alto risco (CDC, 2002; Félix, 2007).

Nos anos 1988 e 1995 a *Association for Professionals in Infection Control*, (APIC) dos EUA publicou manuais de higienização das mãos com a semelhança da CDC, cuja discussão realça sobre o uso de solução a base de álcool e as recomendações quando a ser utilizado nas unidades prestadoras de serviço (CDC, 2002; Félix, 2007).

A DGS por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, no âmbito das suas orientações, determina o seguinte:

*Os profissionais de saúde devem realizar a higiene das mãos de acordo com o modelo conceptual proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), designado por os “Cinco Momentos”, cumprindo, ainda, os princípios relativos às técnicas adequadas a este procedimento e aos produtos a utilizar na higiene das mãos, de acordo com o que é estipulado na operacionalização da presente circular e complementado pelo documento de apoio que dela faz parte integrante (DGS, 2010. p.1).*

A importância desta prática fez com que os profissionais de saúde devam assumir o compromisso de alertar os utentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, sendo da responsabilidade do órgão de gestão das unidade de saúde, fornecer os produtos em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos (DGS, 2010).

O objectivo da presente circular é contribuir diretamente para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e, indiretamente, para o controlo das resistências aos antimicrobianos. Neste contexto, a higiene das mãos integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção. É, também, considerada uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos.

A higienização das mãos é uma técnica básica extremamente importante, visto que antecede todo e qualquer procedimento numa unidade hospitalar. A cada dia, segundo vários estudos, há um aumento das infeções nos serviços da saúde e sempre surgem

questões se a execução da técnica é feita corretamente, porque as evidências científicas afirmam que as taxas de adesão da HM são insatisfatórias, muitas vezes por não execução ou por execução inadequada dessa técnica por parte dos profissionais da saúde (Michels *et al.*, 2002; Medonça *et al.*, 2003; Felix, 2007).

Num estudo realizado em (2009), ficou confirmado que a higienização das mãos consiste num dos maiores desafios para a prevenção das infecções relacionadas com os cuidados em saúde, devido à sua baixa adesão pelos profissionais da área. Outros autores justificam que a baixa adesão, está relacionada com a falta de motivação, irresponsabilidade, falta de consciência, pouca importância ao fato da transmissão cruzada de microrganismos, ausência de lavatórios na proximidade da unidade do doente, reações cutâneas nas mãos, falta de tempo e entre outros. Segundo os mesmos, diversos órgãos normatizadores apresentam recomendações quanto aos produtos a utilizar, técnica, frequência, entre outros aspectos da higienização de mãos a serem seguidos pelos profissionais da área de saúde, baseados em evidências da relação existente entre a adesão a esta prática e a diminuição dos índices endêmicos de infecção. Entretanto, a adesão à higienização das mãos continua sendo baixa, o que tem demonstrado que as informações não estão atingindo o seu maior objetivo, ou seja a mudança de comportamento (Neves, 2005; Martini, Agnol, 2007, Anvisa, 2008; Neves *et al.*, 2009).

Dependendo do objetivo ao qual se destinam, as técnicas de higienização das mãos podem ser divididas em (CDC, 2002; WHO, 2006b; Brasil, 2007; Anvisa, 2009):

- Higienização simples ou lavagem das mãos
- Higienização anti-séptica
- Fricção com anti-séptico
- Anti-sépsia cirúrgica ou preparação pré-operatório

A eficácia da higienização das mãos depende da duração e da técnica utilizada. Antes de iniciar qualquer uma dessas técnicas, é necessário retirar anéis, pulseiras e relógio, visto que estes objetos podem ser fontes dos microrganismos (CDC, 2002; Anvisa, 2009).

### **Higienização simples das mãos**

A higiene simples tem como finalidade remover os microorganismos que colonizam nas camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas. Esta técnica aplica-se às situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após a prestação dos cuidados aos doentes com *Clostridium difficile*, antes e após as refeições e após usar as instalações sanitárias. A duração do procedimento deve ter uma duração de 40 a 60 segundos higiene das mãos com água e sabão comum ou com um antimicrobiano (Anvisa, 2009, DGS, 2010).

### **Higienização anti-séptica**

A higienização anti-séptica tem como objetivo a remoção dos microorganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos com a utilização de um antisséptico durante 40 a 60 segundos. A técnica de higienização anti-séptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo - se o sabonete comum por um anti-séptico (Anvisa, 2009).

### **Frição das mãos com anti-séptico (preparações alcoólicas)**

A fricção das mãos com um anti-séptico tem por finalidade a redução da carga microbiana das mãos, isto é não há remoção da sujidade, consiste na aplicação de um anti-séptico de base alcoólica para fricção das mãos. Esta técnica aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica. O procedimento demora entre 15-30 segundos (Anvisa, 2009; DGS, 2010).

### **Anti-sépsia cirúrgica**

A anti-sépsia cirúrgica das mãos, embora não sendo o assunto de interesse deste trabalho, constitui uma medida importante, entre outras, para a prevenção da infeção do local cirúrgico. Consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório, com o objectivo de eliminar a flora transitória e de reduzir significativamente a flora residente. Os anti-sépticos a utilizar devem ter uma atividade antimicrobiana com ação residual, o procedimento demora entre 2-3 minutos (Anvisa, 2009; DGS, 2010).



Para prevenir a transmissão de microrganismos pelas mãos, três elementos são essenciais para essa prática: agente tópico com eficácia antimicrobiana; procedimento adequado ao utilizá-lo com técnica adequada e no tempo preconizado e a adesão regular ao seu uso, nos momentos indicados (Rotter, 1996; Kawagoe, Anvisa, 2009; DGS, 2010).

Estudos recentes abordam alguns determinados produtos que podem ser utilizados para a higienização das mãos: o sabonete comum e os anti-sépticos (álcool, clorexidina, iodo/iodóforos e triclosan), considerando o modo de ação, a ação antimicrobiana e os problemas decorrentes do seu uso.

O mais recente manual abordando a temática de acordo Anvisa, (2008) apresenta as indicações de que é necessária a HM, distinguindo-as de acordo com o uso de água e sabão, quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais, ao iniciar e terminar o turno de trabalho, antes e após ir ao banheiro, na preparação das refeições, ao manipular os medicamentos, estar em contato com o doente colonizado ou infectado por *C. difficile*, ao remover as luvas, antes de realizar os procedimentos e manipulação dos dispositivos invasivos, após o risco de exposição aos fluidos corporais, após o contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas do doente (Anvisa, 2007; Anvisa, 2008; Tiplle *et al.*, 2010).

### **3. PRÁTICA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA PERSPECTIVA COGNITIVA COMPORTAMENTAL**

A educação em saúde é um processo essencialmente ativo que envolve uma mudança no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos, visando à obtenção da saúde, tal como definida pela OMS, ou seja, representando um bem-estar físico, mental e social. É, assim, o processo pelo qual os indivíduos mudam ou adquirem conhecimentos, atitudes e práticas conducentes à saúde. Nesta perspectiva segundo estudos, existem várias teorias de natureza psicossocial que têm como finalidade, explicar as características das interações entre os conhecimentos, atitudes e as práticas. A teoria denominada Enfoque de Consistência Cognitiva afirma que as atitudes dos indivíduos representam indicadores do comportamento humano, ou seja, podemos considerá-las como antecessoras de um determinado padrão comportamental (Candeias e Marcondes, 1979; Senna, 2010).



Este modelo do comportamento que aproxima a prática da educação à saúde, segundo os autores, estabelece que um comportamento na saúde, seguido de um processo sequencial com origem na aquisição de um conhecimento científico correto, que pode ser explicado através de uma formação através de uma atitude favorável e adoção de uma determinada prática na saúde.

Candeias e Marcondes, segundo Senna (2010) apresentam uma nova versão teórica do enfoque da consistência contingente que considera dois tipos de indivíduos: os indivíduos que mantêm uma consistência permanente entre atitudes e as práticas, mesmo na ausência de apoio estrutural, e os ambivalentes, que alteram o seu comportamento em função de pressões momentâneas. Afirmam também que os indivíduos podem modificar o seu comportamento na presença ou ausência de “apoios estruturais” ou reforços. Ainda nesta mesma linha de pensamento os autores referem que a coesão social constitui um outro fator interacional que deve ser considerado e que em situações de alta coesão social a ação do indivíduo está sujeita a crítica a qual funcionará como uma forma de alta pressão social.

Senna (2010), citando Pozo, considera a aprendizagem no âmbito da psicologia académica e profissional, como sinónimo de comportamento, ou seja tradicionalmente tem sido denominado como o estudo da aquisição e mudança do comportamento. Desta forma os autores reconhecem a importância da aquisição do conhecimento, como precursor de um comportamento.

Outras teorias do comportamento humano em outros estudos, relacionadas com o comportamento da saúde, vêm sendo desenvolvidas e descrevem que o comportamento humano sofre as influências a partir do ambiente no qual o indivíduo vive, as suas características biológicas, educacionais e culturais (Glanz e Lewis, 1997; Senna, 2010).

Acresce o estudo de Cruz *et al.*, (2009, p.37), “Higienização das mãos” 20 anos de divergências entre o idealizado e a prática que concluem em :

*Enquanto profissionais da área da saúde, reconhecemos que práticas inadequadas em virtude do comportamento humano fazem parte do cotidiano e acrescentam riscos aos trabalhadores e aos pacientes. Portanto, necessitamos entender os determinantes da baixa adesão à HM de acordo com a realidade institucional e explorar alternativas facilitadoras para mudanças. Muitas lacunas ainda necessitam ser exploradas por meio de pesquisas delineadas a partir da prática. Seus resultados devem ser revertidos no fazer, transformando a realidade e minimizando as divergências entre a prática e o idealizado, proporcionando maior segurança e qualidade na assistência em saúde.*

A compreensão do comportamento humano conforme refere o estudo de Pittet citado por Cruz *et al.*, (2010) tem sido valorizada mais recentemente como fundamental no contexto da HM. Os autores referem que o conhecimento, motivação, intenção, percepção, expectativas e pressão social são algumas das variáveis cognitivas utilizadas em modelos teóricos para explicar o comportamento humano.

Kretzer e Larson em 1998, revisaram as teorias comportamentais e a sua aplicabilidade a partir da percepção dos riscos, atitudes, expectativas, opiniões e normas subjetivas, intenção e estágios do processo de mudança dos profissionais. Desta forma, chegaram à conclusão que seria importante a associação das estratégias que considerem elementos do comportamento humano e do contexto organizacional para atingir mudanças significativas e duradouras na prática ideal da HM. Embora as técnicas envolvidas nessa prática sejam simples, a sua interdependência com as ciências do comportamento torna-as complexas e dependentes de um conjunto de fatores como as atitudes, crenças e conhecimento (Kretzer e Larson, 1998; Jumaa e Creedon, 2005; Cruz *et al.*, 2009).

Apesar da importância epidemiológica para a prevenção e controlo de infeção, diversos autores têm demonstrado a falta de compromisso e de responsabilidade dos profissionais com esta prática, indicando a necessidade de repensar estratégias que se reflitam na mudança de comportamento dos profissionais (Martini e Agnol, 2005; Scheidt e Carvalho, 2006; Tiplle *et al.*, 2010).

Através de revisão bibliográfica, no estudo realizado por (Tiplle *et al.*, 2010), com o objetivo de caracterizar as evidências científicas sobre a HM e de contextualizar as divergências entre a prática e o ideal preconizado, os autores pesquisaram publicações dos últimos 20 anos disponíveis na base de dados *PubMed*, as evidências revelaram que existe correlação entre a baixa adesão da prática da HM com o comportamento, hábitos e o ambiente do doente, bem como a necessidade de compreender e transformar a realidade e minimizar as divergências evidenciadas. Outros estudos procuraram justificar o comportamento dos profissionais da saúde para a não adesão da HM, nomeadamente a sobrecarga do trabalho, falta de tempo e recursos materiais, recursos materiais inadequados, falta de motivação, irresponsabilidade, falta de conscientização da equipa multiprofissional, pouca importância a contaminação cruzada, ausência de lavatórios próxima das unidades dos doentes e reações

cutanêas das mãos (Apecih, Santos e Tiplle *et al.*, 2003; Martini, Agnol, 2005; Cruz *et al.*, 2009; Tiplle *et al.*, 2010).

Diante da perspectiva do controlo da infeção nas ciências comportamentais, num estudo de investigação de Pittet citado por Senna (2010) foi exposto que a maioria das infeções hospitalares ocorre na consequência de prática inadequada. Entretanto, um dos principais desafios enfrentados na atualidade, segundo Moncaio (2010), é a modificação de comportamentos na tentativa de adequar as práticas, sugerindo que os controladores das infeções devem utilizar as ciências comportamentais como uma ferramenta para compreender o comportamento humano. No mesmo estudo o autor destacou que estudos adicionais são necessários para avaliar os principais determinantes no controlo da infeção e promover a mudança do comportamento.

#### **4. ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A ADESAO DOS ENFERMEIROS À PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**

Vários estudos vem sendo realizados, sobre a HM, para verificar a adesão dos profissionais a estas práticas, as causas para uma baixa adesão, as estratégias de como aperfeiçoá-las, assim como as suas implicações na prevenção e controlo das infeções. Uma dura tarefa, entretanto, ainda existe nos serviços de saúde cujo o objetivo é que se obtenha melhoria nos índices de adesão dos profissionais às normas mundiais e de higienizarem as mãos em todas as situações recomendadas.

Com a iniciativa e a colaboração das instituições como o CDC, WHO, APIC, *Society for Healthcare Epidemiology of America* e *Institute for Healthcare Improvement* ferramentas, testes e programas de capacitação e prática são disponibilizados para os profissionais, com a finalidade de melhorarem a adesão às práticas de higienização das mãos.

Com a introdução das práticas de HM, a redução imediata da flora microbiana transitória das mãos tem sido verificada. Desde então, estudos sobre a transmissão de microorganismos e a preocupação com a transmissão das infeções preocupam diversos investigadores, levando à realização de estudos direccionados para a monitorização da aderência dos profissionais de saúde às práticas de HM, tendo como desafio a introdução de estratégias que incentivem maior eficiência e manutenção dos níveis ideais desta recomendação (Oliveira e Paula, 2011).

Embora não haja dúvidas em relação a eficácia da higienização das mãos e da simplicidade desta prática, uma baixa adesão à mesma tem sido refletida por diversos

estudos em todo o mundo. Por isso o acréscimo das taxas de adesão à HM durante o cuidado assistencial é considerada uma prioridade por diversos órgãos nacionais e internacionais, como também é reafirmado pela Organização Mundial da Saúde (Oliveira *et al.*, 2007; Martins *et al.*, 2008; WHO, 2009; Oliveira e Paula, 2011).

Estudos observacionais conduzidos em alguns hospitais, demonstraram que os profissionais de saúde higienizam as suas as mãos, em média, de 5 a 30 vezes por serviço. A frequência média de higienização das mãos segundo os estudos pode variar de 0,7 a 12 ocorrências por hora de acordo com a adesão do profissional a esta prática e também depende da unidade de prestação de cuidados onde está a realizar a observação. O número de situações depende diretamente do processo de cuidados prestado ao doente. Com isso, a revisão de protocolos de assistência na procura da racionalização da higienização das mãos pode reduzir contatos desnecessários e, consequentemente, reduzir o número de oportunidades para essa prática (Correa, OMS, 2009).

Segundo a OMS (2009), citando Correa, refere-se que, relativamente a duração da técnica da HM varia de 6,6 a 30 segundos e que na maioria das vezes tem sido a técnica de higienização simples das mãos com água e sabonete. Estudos tem demonstrado que os profissionais da saúde além de higienizar as suas mãos de forma rápida e com falhas frequentes, não atingindo o nível esperado. No estudo de Widmer *et al.*, (2007), de acordo a OMS, ao utilizar um composto de gel álcoollico e utilização da técnica da contagem bacteriana em várias áreas das mãos, num hospital onde os produtos a base da solução álcoollica são utilizados desde os anos 70, foi observado que apenas 31% dos profissionais realizavam a técnica adequada para a higienização das mãos (Anvisa, 2007).

Em resumo, a frequência de oportunidades para a higienização das mãos pode ser bastante elevada por hora de cuidado prestado e a qualidade da técnica utilizada pode estar comprometida. As falhas ao higienizar as mãos podem ter como consequência a transferência de microrganismos de um doente para outro, ou de um sítio anatómico para outro sitio na sequência dos cuidados prestado no mesmo doente, e, ainda para o ambiente e superfícies. Estudos publicados sobre a taxa de adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde, tem demonstrado que apesar da existência de fortes evidências de que a adequada higienização das mãos é uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão cruzada de microrganismos

e das taxas de infecção hospitalar, a adesão a esta prática permanece baixa entre os profissionais de saúde, com taxas que variam de 5% a 81%, sendo, em média, oscila em torno dos 40%. A definição de adesão às práticas de higienização das mãos varia consideravelmente entre os diversos estudos, muitas vezes não havendo informação do critério utilizado. Outros estudos consideram as oportunidades apenas aquelas nas quais há contato com o doente, não sendo considerado como oportunidade o contato das mãos com o ambiente e superfícies, o que hoje é bem determinado como possível fonte de contaminação das mãos (Correa, OMS, 2009).

Os fatores que estão relacionados com a baixa adesão as práticas da higienização das mãos, de acordo com a OMS (2009), são atualmente conhecidos graças aos estudos observacionais, estudos de prevalência e inquéritos epidemiológicos, nos quais os profissionais da saúde apontam as razões de não seguirem as recomendações. Algumas são as barreiras apontadas pelos profissionais para saúde para uma realização eficaz da prática de higienização das mãos, nomeadamente fatores de risco identificados para a baixa adesão às recomendações dirigidas à higienização das mãos, tais como, ser médico; ser auxiliar de enfermagem; ser do sexo masculino; trabalhar na unidade de cuidados intensivos, UCI; trabalhar durante a semana e finais da semana; utilizar luvas e aventais; realizar atividades com maior risco de transmissão dos microrganismos e ter alto índice de atividade (número de oportunidades/hora de cuidados prestado ao doente). Por outro lado, fatores revelados pelos profissionais de saúde para explicar a baixa adesão às práticas de higienização das mãos, nomeadamente a higienização simples das mãos com a água e o sabonete que causa a irritação e ressecamento das mãos; lavatórios não acessíveis, em números insuficientes e mesmo mal localizadas; falta de sabonete, papel e toalhas, excesso de atividades ou tempo insuficiente; ter o doente como prioridade; uso de luvas com crença de que usar as luvas não é necessário higienizar as mãos; falta de conhecimento sobre os protocolos e recomendações; ausência dos modelos de comportamentos entre os superiores ou entre as colegas; ceticismo a respeito da importância da HM; discordância em relação as recomendações; esquecimento/não pensar nisso e falta de informações científicas sobre o impacto da higienização das mãos nas taxas de infecção hospitalar (Correa, OMS, 2009)

As barreiras que interferem na não-adesão às práticas de higienização das mãos, de acordo com a OMS (2009), são: a falta de participação ativa na promoção da prática de HM quer ao nível individual quer institucional; ausência de um modelo a ser

seguido nas prática de higienização das mãos; falta de prioridade e da instituição em relação a HM; falta de sanções administrativas para não aderentes e incentivos para os que realizam adequadamente a higienização das mãos e a falta do clima de segurança institucional.

É importante pensar que a adesão às recomendações ou protocolos envolve mudanças no comportamento dos profissionais de saúde. No entanto estudos têm demonstrado, segundo (Correa, OMS, 2009, p.84) *“o porquê e como as pessoas mudam os seus comportamentos têm sido algumas das questões fundamentais na prática dos profissionais envolvidos no controle de infecção”*. Neste contexto verifica-se que a dinâmica da mudança comportamental é complexa e envolve os aspetos educacionais, motivação e modificações no sistema, mas segundo os autores é importante pensar nas estratégias para aumentar o grau de adesão às práticas de higienização das mãos. Em algumas populações, de acordo a OMS, as práticas eletivas e inerentes são profundamente influenciadas por fatores religiosos e culturais (Correa, OMS, 2009).

Outros fatores relevantes foram identificados até este momento, segundo (WHO, 2006; Correa, OMS, 2009, p.84), os quais influenciam o comportamento em relação à higienização das mãos, incluem-se:

Padrões de comportamento em relação à higienização das mãos são desenvolvidos e implementados e vinculadas precocemente durante os primeiros dez anos de vida do indivíduo:

*A aquisição de comportamentos envolve aspectos individuais, colectivos e institucionais que depende de individuo para o outro. De acordo com as teorias comportamentais, esses padrões são estabelecidos nos primeiros dez anos de vida, tendo início, provavelmente, no período de treinamento de utilização do banheiro para eliminações fisiológicas. Assim, segundo a OMS (2009), tais padrões podem afetar a atitude das pessoas em relação à prática de higienização das mãos por toda a vida, em particular no que se refere a um procedimento conhecido como “higienização das mãos (com água e sabonete) inerente ou própria” e que reflete a necessidade instintiva de remover a sujeira da pele. (WHO, 2006; Correa, OMS, 2009, p.84)*

A OMS declara-se que a maioria dos profissionais de saúde inicia a vida profissional com mais de 20 anos de idade, assim aumentar a adesão às práticas de higienização das mãos neste sentido significa modificar um padrão de comportamento que já vem sendo praticado há mais de uma década e continua a ser reforçado no seu ambiente de convívio.

A autoproteção é um comportamento que envolve a proteção contra infecções. Entretanto, não está baseado no conhecimento de risco microbiológico, mas nas sensações de desconforto ou repugnância. Essas sensações não são habitualmente associadas à maioria dos contatos presentes na assistência ao utente.

A Prática efectiva de higienização das mãos ou seja a atitude de lavar as mãos em situações mais específicas, de acordo a OMS (2009), pode corresponder a algumas das indicações de higienização das mãos durante a prestação dos cuidados ao doente. A importância de estabelecer razões pelas quais as pessoas mudam seus comportamentos, poderá surgir novas reflexões de como estabelecer ou obter mudanças comportamentais duradouras.

As áreas potenciais de atuação para aumentar a adesão às práticas de higienização das mãos referidas pela (WHO, 2006; Correa, OMS, 2009, p.84), são:

*“ Educação dos profissionais de saúde focada em como, quando e porquê realizar a higienização das mãos, com ênfase na repetição dos seus padrões de comportamento na sociedade e no trabalho;*

*“ Motivação para que os profissionais de saúde exerçam as práticas adequadas de higienização das mãos por meio de modelos de comportamento adotados por seus colegas, superiores ou lideranças administrativas”*

Segundo a OMS, essas áreas potenciais de atuação requerem um suporte contínuo da administração dos serviços de saúde, tendo a higienização das mãos como prioridade institucional. Deve haver um clima de segurança institucional com orientações bem definidas dos serviços de saúde, com programas de segurança e níveis aceitáveis de estresse no trabalho, devendo-se acreditar na eficácia das estratégias preventivas. Por outro lado para mudar as crenças e valores individuais, a OMS preconiza que é importante determinar uma proposta que compreende uma aprendizagem grupal e, muitas vezes, afetiva. Para isso, as dinâmicas grupais ou grupo focais podem auxiliar nas diversas abordagens voltadas para as mudanças de comportamento. As estratégias podem partir do levantamento das crenças inadequadas, como por exemplo *“minhas mãos já estão limpas”, “não acho que este produto funciona”, “para mim só água e sabonete funcionam”, “já sei de tudo isso”* entre outros, dentro de um clima descontraído, não punitivo e a experienciar situações que levam para uma reflexão individual e coletiva sobre tais crenças (Correa, OMS, 2009).



A utilização de lembretes, como cartazes, para a ação desejada, instalação de dispensadores de preparações alcoólicas próximo ao leito do utente e, ainda, uso de frascos de bolso. O acesso fácil ao produto alcoólico, próximo do doente, resolve o problema de falta de tempo em áreas críticas (Correa, OMS, 2009).

No que diz respeito a mudanças de sistemas os seja relativamente aos aspetos estruturais a OMS recomenda-se que a disponibilidade e os dispensadores de preparações alcoólicas devem ser incluídas na mudança do sistema com o objetivo de economizar o tempo e aumentar a adesão à higienização das mãos. Entretanto, se persistir a necessidade de higienizar as mãos com água e sabonete, deve ser considerada a possibilidade de melhorar o acesso aos lavatórios (OMS, 2009).

Filosoficamente destaca-se que a higienização das mãos é uma prioridade institucional. A OMS considera-se que os incentivos têm sido considerados necessários e efetivos a curto e longo prazo, lembrando que esta abordagem tem sido utilizada com sucesso em alguns países em relação as estratégias utilizadas referente ao tabagismo e o álcoolismo (OMS, 2009).

É notório, segundo a OMS (2009), os padrões de higienização das mãos na comunidade e nos serviços de saúde representam um comportamento ritualístico e complexo e podem ser afetados pelo nível cultural. As estratégias multimodais para a higiene das mãos constituem a abordagem mais eficaz para a promoção de práticas de higiene das mãos e os exemplos de sucesso demonstraram a sua eficiência na redução de infeções associadas aos cuidados de saúde. Os elementos chave incluem a formação dos profissionais e programas de motivação, adoção de produto para higiene das mãos à base de álcool como critério de referência, utilização de indicadores de desempenho e forte compromisso por parte de todos envolvidos no processo, tais como os gestores de topo, os gestores intermédios e os prestadores de cuidados.



## **CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Neste capítulo descreveremos em seguida a metodologia ou a fase empírica que de acordo Fortin (2009, p.56), “ corresponde á colheita dos dados no terreno, á sua organização e á análise estatística”.

### **1.METODOLOGIA**

Para investigar um fenómeno, temos sempre que optar por um método congruente com a questão que se levanta e com a intenção da pesquisa. O método é, essencialmente, o percurso para se chegar a um determinado fim. A escolha de um método que não se ajuste a este princípio irá condicionar o sucesso da investigação e o conhecimento que daí possa surgir.

Por outras palavras, Fortin (2009, p.528) diz-nos que “ os componentes críticos do método reenviam para etapas, no decurso das quais o investigador aplica diversos meios para obter respostas para as suas questões de investigação ou de confirmar hipóteses”.

Na fase metodológica, o investigador determina o tipo de estudo a efectuar, qual a população e amostra e quais as variáveis em estudo. As opções metodológicas de uma investigação (paradigma teórico, técnicas e instrumentos) são sempre condicionadas pelo objecto e a propósito do estudo (Fortin, 2009).

Este capítulo tem como finalidade sistematizar todo um conjunto de estratégias, métodos de pesquisa e procedimentos utilizados no estudo. Dele, consta o objecto e o tipo de investigação, as hipóteses, a operacionalização das variáveis, o instrumento da recolha de dados, a amostra, o tratamento estatístico e os procedimentos formais e éticos.

#### **1.1.TIPO DE ESTUDO**

Tendo em conta os objectivos pretendidos com a realização deste trabalho de investigação, optamos por um estudo com cariz exploratório, descritivo de carácter comparativo, enquadrado na abordagem quantitativa, de forma a permitir atingir um maior aprofundamento nesta área do conhecimento.

Optamos por uma abordagem científica quantitativa porque, como diz Fortin (2009),

o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis que caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.

No presente estudo, optamos por realizar uma abordagem quantitativa em que pretendemos estudar o tema “Higienização das mãos: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do Hospital Agostinho Neto”. Assim, desenvolveremos um estudo de tipo exploratório-descritivo e comparativo entre dois grupos, em que pretendemos obter resposta para as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos enfermeiros dos serviços de urgências do HAN sobre a higienização das mãos?
- Será que um programa de formação associado à implementação de um protocolo sobre higienização das mãos interfere nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros dos serviços de urgência (SU) do HAN?

A abordagem quantitativa constitui um processo formal, descritivo e objectivo, segundo o qual os dados numéricos são utilizados para obter informação acerca da realidade em estudo através do tratamento dos resultados da colheita de dados.

O estudo é descritivo porque, como menciona Fortin (2009), visa explorar ou descrever os fenómenos, dos quais podem ser efectuadas com a ajuda de desenhos descritivos. Os estudos deste género visam denominar, classificar e descrever uma população ou conceptualizar uma situação.

É também exploratório, pois como referem Pollit e Beck (2011), é observar e registar a incidência do fenómeno, a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona.

Considera-se também este trabalho de carácter comparativo, uma vez que foi introduzido um “grupo de comparação” ou do controlo e um grupo experimental, em que a variável dependente “conhecimentos e práticas dos enfermeiros do HAN” foram avaliadas no grupo que se pretendíamos estudar – enfermeiros dos serviços de urgências do HAN seguidos de um programa de formação, (Grupo Experimental) – comparativamente com o grupo de controlo (enfermeiros dos serviços de

internamentos do HAN) que não tiveram participação no programa de formação, (Grupo de Controlo ou comparação).

## 1.2.OBJECTIVOS DO ESTUDO

Após a formulação das questões de investigação propomos os seguintes objectivos:

- Avaliar a percepção e os conhecimentos que os enfermeiros do HAN têm sobre a higienização das mãos;
- Analisar a eficácia de um programa de formação nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros do SU do HAN.

## 1.3.HIPÓTESES

Segundo Polit e Beck (2011), as hipóteses devem basear-se em raciocínios justificáveis ou seja normalmente são derivadas de resultados prévios das pesquisas ou deduzidas a partir de uma teoria.

Na perspectiva de Fortin *et al.*, (2009, p.165), uma hipótese, “é um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica”. Em consonância com a fundamentação teórica e os objectivos que formulamos, definimos as seguintes hipóteses de investigação, tendo em vista obtermos respostas para as questões de investigação colocadas.

H1 O conhecimento dos enfermeiros sobre a higienização das mãos e a prevenção de infeções é diferente no grupo de controlo e no grupo experimental;

H2 Existe diferença entre o conhecimento e a necessidade de higienização das mãos dos enfermeiros do HAN.

## 1.4.OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Citando (Fortin, 2009,p.171) variáveis “são qualidades, propriedades ou características das pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo”. Podendo tomar “diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados”. Assim sendo, estas, podem ser consideradas variáveis dependentes, independentes, de investigação, atributo e estranhas.

Decorrente das questões e hipóteses de investigação anteriormente referidas, apresentamos as variáveis do estudo.

A variável dependente representa os conhecimentos e práticas dos enfermeiros do Hospital Agostinho Neto sobre a higienização das mãos, nomeadamente, os cinco momentos da higienização das mãos, de acordo com o modelo conceptual proposto pela OMS.

Os “cinco momentos” para a higiene das mãos na prática clínica são os seguintes:

- Antes do contacto com o doente;
- Antes de procedimentos limpos/assépticos;
- Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
- Após contacto com o doente
- Após contacto com o ambiente envolvente do doente

**Figura 1** - Modelo conceptual da OMS para a higiene das mãos: Conceito dos “Cinco Momentos”



*Adaptado da Direcção Geral da Saúde (2010) . Orientação e boas práticas para Higienização das mãos nas Unidades da Saúde*

A variável independente é “ um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável” (Fortin, 2009, p.171)

Face aos nossos objetivos selecionamos como variáveis independentes deste estudo:

- Protocolo da higienização das mãos;
- Formação dos enfermeiros,
- Tempo de serviço
- Local do trabalho
- Técnica utilizada para a higienização das mãos.

Podem considerar-se variáveis atributo, as que como o nome indica, têm como finalidade caracterizar a população, de acordo com Fortin (2009) trata-se de características pré-existentes dos participantes ou da amostra do estudo. Fornecemos dados demográficos e/ou outras qualidades da população. As variáveis atributo que decidimos avaliar foram, a idade, o género e a categoria profissional.

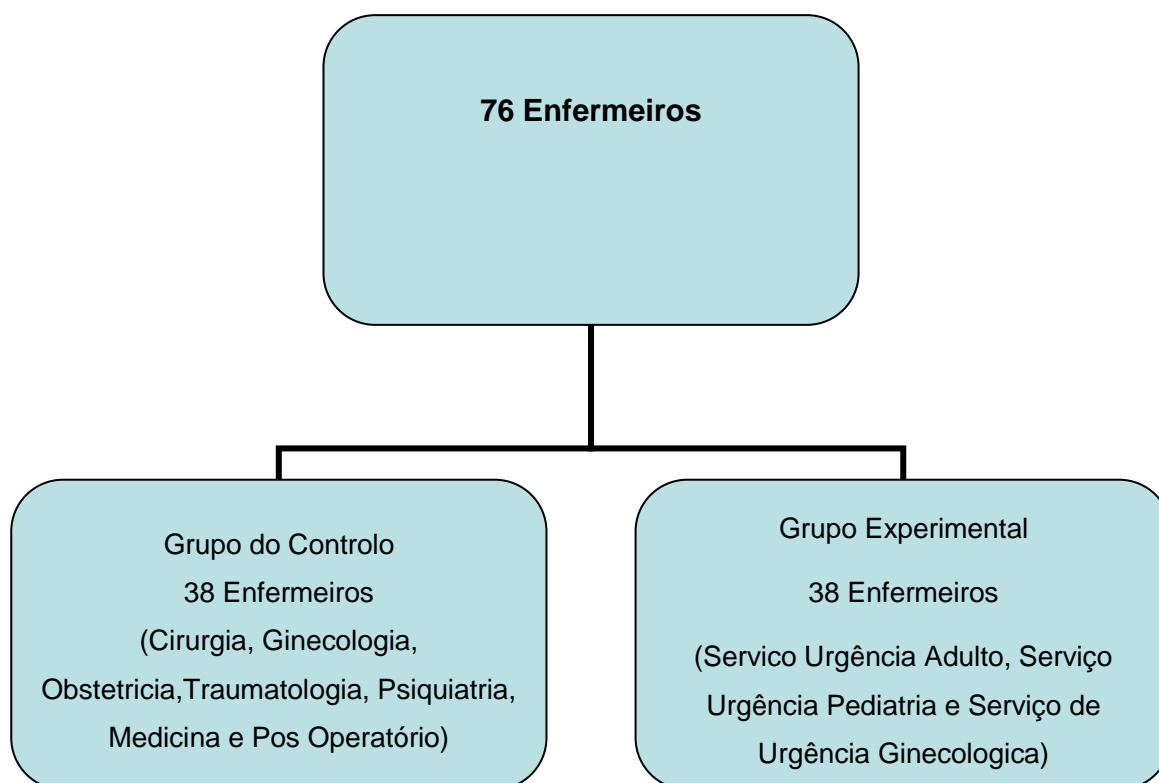
### 1.5. POPULAÇÃO/ AMOSTRA

Tornou-se necessário identificar a população que iríamos considerar. Neste contexto para a realização do estudo é necessário que exista um subconjunto de pessoas relacionadas com o “fenómeno.” (Fortin, 2009, p.331), define como população “ (...) um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que tem características em comum”.

Com a finalidade de obter os dados necessários à continuidade deste trabalho, foram selecionados todos os enfermeiros que trabalham no Hospital Agostinho Neto, cidade da Praia, ilha de Santiago – Cabo Verde.

A seleção da amostra, isto é, dos elementos que fizeram parte do grupo de controlo e do grupo experimental, foi realizada por conveniência da investigadora, assim, ficou constituída por um total de 76 enfermeiros, sendo cada grupo formado por 38 enfermeiros. O grupo de controlo constituído pelos enfermeiros dos serviços de internamentos do HAN e o experimental pelos enfermeiros dos serviços de urgências.

**Figura 2 – Distribuição da amostra Grupo experimental e do Controlo**



#### 1.6. INSTRUMENTO DE RECOLHA DOS DADOS

O processo de recolha dos dados foi realizado através de um questionário da OMS, adaptado à situação que se pretendia avaliar. Tendo em consideração as orientações fornecidas pelos autores dos instrumentos de medida que utilizámos, a colheita de dados foi efectuada através de questionário auto-administrado, constituído por três partes (Apêndice II). A primeira parte inclui questões sobre as variáveis sociodemográficas, a segunda inclui dados relativos ao serviço, sendo a terceira e última parte dedicada aos conhecimentos e percepções dos enfermeiros sobre as infeções relacionadas com cuidados da saúde e higienização das mãos.

Segundo Fortin (2009, p.368), para uma correta escolha do método de colheita de dados a que vai proceder, o investigador: "(...) baseia-se nas questões de investigação, nas hipóteses, nos conhecimentos relativos às variáveis em estudo, no

desenho de investigação, nos instrumentos de medida existentes e na eventualidade de os ter de construir”.

Tendo analisado a população e o tipo de estudo, seleccionámos como instrumento de recolha de dados o questionário, por este ser o mais adequado para o estudo. O questionário permite “recolher informação, factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos (...)” (Fortin, 2009, p.380).

O questionário foi aplicado a todos os enfermeiros do HAN seleccionados.

A aplicação do questionário foi efectuada em dois momentos distintos. No primeiro foi feita a distribuição dos questionários nos serviços aos enfermeiros do grupo experimental e do grupo de controlo que decorreu durante a primeira semana do mês de junho de 2012. Os questionários foram entregues aos enfermeiros chefes de cada serviço em envelopes fechados e foram recolhidos cinco dias depois.

O programa de formação realizado nos serviços das urgências desenvolveu-se em seis dias consecutivos após a distribuição dos 1ºs questionários. A formação consistiu na apresentação e distribuição dos conteúdos teóricos e demonstração prática nas unidades de prestação de cuidados. No que se refere à duração de cada sessão, importa referir que teve uma duração de 120 minutos embora com alguns ajustamentos.

A segunda aplicação do questionário teve lugar três meses após o primeiro momento. Durante este período de pausa entre as duas aplicações do questionário, os enfermeiros do grupo experimental, constituído por todos os do serviço de urgências, participaram no programa de formação e implementação de um protocolo sobre a higienização das mãos. O segundo momento de aplicação do questionário decorreu novamente a todos os enfermeiros dos dois grupos de forma individualizada e personalizada, nos respectivos serviços.

No segundo momento de recolha dos dados, adaptámos o questionário aplicado no primeiro momento (Apêndice III), constituído com 10 questões extraídas do primeiro questionário, além das questões sociodemográfica, uma vez que havia questões relacionadas com os comportamentos, percepções e os conhecimentos sobre as infeções relacionadas com os cuidados da saúde e a HM. Neste sentido optámos neste segundo momento por avaliar somente os conhecimentos sobre a Higienização das mãos, visto que não podíamos avaliar as percepções e comportamentos dos

enfermeiros sobre o assunto em estudo, uma vez que já tinham respondido num primeiro momento.

Para avaliação dos conhecimentos e percepções dos enfermeiros optámos por utilizar questões fechadas uma vez que estas têm como vantagem:

Serem simples de utilizar, permitir a codificação fácil das respostas e uma análise rápida e pouco dispendiosa e também poderem ser objecto de tratamento estatístico. São uniformes e aumentam a fidelidade dos dados (Fortin, 2009, p.384).

Numa primeira fase do estudo, optamos pela elaboração e distribuição de um questionário, com o intuito de os enfermeiros se sentirem mais seguros relativamente ao anonimato das respostas e, assim, exprimirem livremente as opiniões que consideram mais pessoais (Fortin, 2009). O questionário é constituído por um total de 29 questões, apresentadas de forma contínua. Optamos por estruturar o questionário em três partes. Na primeira e segunda parte, procuramos caracterizar a amostra e o serviço e as restantes, têm como finalidade a avaliação dos conhecimentos e percepção dos enfermeiros sobre a Higienização das mãos.

O questionário foi adaptado pela investigadora baseada no texto de conhecimento sobre as infeções associadas aos cuidados da saúde e a higienização das mãos, da OMS, (Anvisa, 2009). Com este método pretende recolher informação o mais rigorosa possível.

Para este questionário optamos por utilizar 6 questões dicotómicas (Sim e Não, certo e errado), 3 questões de opção para o cálculo das percentagens, 20 questões utilizando uma escala de Likert, (muito baixa, baixa, alta, muito alta); (baixa prioridade, prioridade moderada, alta prioridade e prioridade muito alta); uma escala de acordo com a opinião (não eficaz e muito eficaz); (nenhuma importância e muita importância); (nenhum esforço, grande esforço); (sempre, esporadicamente, raramente e nunca) e dessas 6 questões utilizam uma escala ( Nem um pouco, muito importante).

#### **1.6.1-Operacionalização do questionário**

Pela análise do questionário constatamos que se encontra dividido em questões relacionadas com a percepção, comportamentos e conhecimentos dos enfermeiros sobre a higienização das mãos e as infeções relacionadas com os cuidados da saúde.



Para avaliação das percepções dos enfermeiros sobre as infeções relacionadas com os cuidados da saúde e a HM foram seleccionadas as questões (10, 11, 13, 14, 15, 19 e 20).

Na questão nº10 foi avaliada a percentagem média (0 a 100%) de doentes hospitalizados na instituição que desenvolveu uma infeção relacionada com os cuidados de saúde. A questão nº13 foi avaliada o percentual dos casos em que os profissionais de saúde realmente higienizam as mãos com água e sabonete ou solução alcoólica quando recomendado cujo o score foi entre (0 a 100%). Relativamente a questão nº19 foi avaliada a percentagem média entre (0 a 100%) de casos quando se higieniza as mãos por fricção por solução alcoólica e quando é realizada com água e sabonete.

Foi considerado um texto de avaliação que se utilizou uma escala de Likert sugerido por Aaker, Kumar e Day, no estudo de Andrade e Petrecca (2012) de seis pontos (score foi de 0 a 6), de acordo com seu grau de concordância em relação às afirmações de acordo com a opinião dos enfermeiros, de “0 não eficaz” a 6 “muito eficaz”, isto referente às alíneas de a) a h) da questão nº14. As restantes questões (10, 11, 13, 15, 19 e 20), foram avaliadas de acordo com as opiniões dos enfermeiros ou seja, cujo o score vai do “0 menos importante” a “6 importância alta” utilizando-se também a Escala de LiKert .

Por conseguinte, para avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre a HM, foram seleccionadas as questões (16, 21, 22, 23, 24, 25, 26), sendo que de igual modo foi utilizado uma escala *Likert* com o mesmo score de 0 a 6 (Nenhuma importância e Muita importância) e as questões nº 16 (0 “Nem um pouco” e “6 muito importante”).

Para a avaliação do comportamento foram seleccionadas as questões (7, 9, 12, 17, e 18). As questões dicotómicas nº 7, 9, 27, 28 e 30 foram analisadas descritivamente conforme as respostas dos dos enfermeiros. Para as outras questões também foi utilizada a escala de Likert (muito baixa a muita alta, baixa prioridade e perioridade muito alta). As questões 29 foram avaliadas em certo e errado consoante os conhecimentos dos enfermeiros (tabela 26 e 27).

## 1.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para o tratamento dos dados obtidos recorreremos ao programa estatístico de SPSS (*Statiscal Package for lthe Social Sciences*), versão 17.0. Ainda para o tratamento

utilizamos a estatística descritiva, que inclui as frequências relativas e absolutas e finalizando-se com a estatística inferencial para testar as hipóteses.

Os resultados foram organizados sobre a forma de quadros e tabelas com a respectiva descrição. O objectivo da apresentação destes quadros e tabelas foi no sentido de reforçar os principais elementos úteis para o leitor, realçando os factos significativos e as relações significativas evidenciadas pelo estudo. Os resultados mais relevantes são apresentados em tabelas e quadros, para melhor estruturação e compreensão do estudo.

## **1.8.PRINCÍPIOS ÉTICOS**

No desenvolvimento de uma investigação, o aparecimento de questões éticas-legais é algo que deve ser previsível, pelo que é necessário proteger os direitos e liberdades dos indivíduos que participam no estudo. Como tal os cinco princípios ou direitos fundamentais dos seres humanos determinados pelo código de ética de investigação (Fortin, 2009) os quais foram respeitados neste estudo, são: o direito a autodeterminação baseia-se no princípio do respeito pelas pessoas; o direito a intimidade diz respeito a liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar em participar em determinado estudo e a decidir em que medida aceita partilhar informações da sua vida pessoal; o direito ao anonimato e confidencialidade baseia-se no respeito pela identidade do participante; o direito a proteção contra o desconforto e do prejuízo, baseia-se no princípio da beneficência, diz respeito as regras da proteção da pessoa contra inconvenientes e o direito a um tratamento justo e equitativo, tal qual o próprio nome indica, corresponde a um tratamento justo – direito a ser informado sobre a natureza e os objetivos e a duração da investigação.

## **2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Em primeiro lugar apresentamos os resultados que permitem a caracterização da amostra através de uma análise descritiva. De seguida, com base nos métodos estatísticos adequados, apresentamos os resultados, que nos permitiram interpretar os valores obtidos.

Fortin, (2009, p.410), define que:

“A análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de dados e testes estatísticos”. Por conseguinte

na perspectiva da autora, esta fase visa essencialmente descrever as características da amostra e as questões de investigação.

Tendo por base o supracitado, passamos a apresentar os resultados e posteriormente a sua análise e discussão.

### **Caracterização da amostra**

Relativamente ao sexo, como se pode verificar através da tabela 1, existe maior predominância do sexo feminino, com uma percentagem de 76,3% em comparação com o sexo masculino que tem uma representação de 23,7%.

**Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros em relação ao Sexo**

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	<b>18</b>	<b>23,7</b>
<b>Feminino</b>	<b>58</b>	<b>76,3</b>
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Quanto à idade, podemos constatar através da tabela 2 que existe uma maior percentagem de enfermeiros com idades compreendidas entre os 36 aos 45 anos e 23 - 35 anos, com uma percentagem de 44,7% e 31,6%, respectivamente.

**Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros por grupos etários**

<b>Grupo etário</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>23 – 35 anos</b>	<b>24</b>	<b>31,6</b>
<b>36 – 45 anos</b>	<b>34</b>	<b>44,7</b>
<b>46 – 59 anos</b>	<b>17</b>	<b>22,4</b>
<b>60 &gt;anos</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

De acordo com as categorias profissionais, verificamos na tabela 3, que existe uma maior frequência na categoria dos enfermeiros gerais com uma percentagem de 78,9%, enquanto 19,8%, são graduados e apenas 1,3% são especialistas.

**Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros quanto à categoria profissional**

<b>Categoria profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Enfermeiro Geral</b>	<b>60</b>	<b>78,9</b>
<b>Enfermeiro Graduado</b>	<b>15</b>	<b>19,8</b>
<b>Enfermeiro Especialista</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Relativamente ao tempo do serviço a tabela 4, revela que, 89,5% dos enfermeiros estão em exercício há mais de 6 anos e que apenas 10,5 % têm 1 a 3 anos de actividade.

**Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros em relação ao tempo de serviço**

<b>Tempo do serviço</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1 a 6 anos</b>	<b>8</b>	<b>10,5</b>
<b>&gt; 6 Anos</b>	<b>68</b>	<b>89,5</b>
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Como se constata na tabela 5, 70% dos enfermeiros têm o bacharelato como habilitação literária e 30% são licenciados.

**Tabela 5 – Distribuição dos enfermeiros em relação às habilitações literárias**

<b>Habilitações Literárias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bacharel</b>	<b>53</b>	<b>70</b>
<b>Licenciado</b>	<b>23</b>	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Relativamente ao local do trabalho e apresentando de imediato a distribuição dos enfermeiros nos dois momentos e pelos dois grupos, verificamos pela leitura da tabela 6, que 22,2% e 19,7% dos enfermeiros trabalham no serviço urgência de adulto, enquanto 14,4% e 17,1% exercem a sua atividade no serviço de urgência da Pediatria, os restantes 13,2% pertence o serviço de urgência da Ginecologia.

Em relação ao grupo de controlo, destaca-se o serviço de ortotraumatologia com maior percentagem dos enfermeiros 11, 8% e 15,8% respetivamente em cada

momento, seguida do serviço de cirurgia com 10,5% e 13,8% também nos dois momentos.

**Tabela 6 –** Distribuição dos enfermeiros (Grupo Experimental e Controlo) pelos locais de trabalho, 1º e 2º Momento

Local do trabalho	1ºMomento		2ºMomento	
	n	%	n	%
<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>				
Urgência Adulto	17	22,4	15	19,7
Urgência Pediátrica	11	14,4	13	17,1
Urgência Ginecológica	10	13,2	10	13,2
<b>GRUPO CONTROLO</b>				
Medicina	5	6,6	5	6,6
Traumatologia	9	11,8	9	11,8
Cirurgia	7	9,2	7	9,3
Ginecologia	4	5,3	3	3,9
Obstetria	5	6,5	4	5,2
Psiquiatria	4	5,3	6	7,9
Pós-Operatório	4	5,3	4	5,2
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

## 2.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DESCRITIVA DAS RESPOSTAS DOS ENFERMEIROS

No seguimento da caracterização da amostra, vamos apresentar os resultados das respostas obtidas às questões colocadas aos enfermeiros através do questionário, sobre os conhecimentos e a percepção sobre as infeções relacionadas com a higienização das mãos e os cuidados de saúde. De salientar que estas respostas dizem respeito a todos os enfermeiros (76) que responderam ao questionário.

Relativamente a questão “**Recebeu alguma formação sobre a higienização** das mãos?” A maioria dos enfermeiros, 64%, afirmaram que sim e 36% afirmaram que não.

Em relação à questão **“Existe alguma solução alcoólica disponível para a higienização das mãos na instituição?”** Os enfermeiros maioritariamente, 76%, afirmaram ter solução disponível para a higienização das mãos no serviço onde exercem a atividade profissional, enquanto que 24 % dos enfermeiros responderam não ter solução alcoólica ou outra solução nos seus serviços para a higienização das mãos.

Apresentamos os resultados das questões colocadas aos enfermeiros através do questionário em relação aos conhecimentos e percepção sobre a higienização das mãos.

Quanto à questão **“Qual é a percentagem média de doentes hospitalizados na sua instituição que desenvolvem uma infeção relacionada com os cuidados de saúde?”** Os enfermeiros consideraram a infeção um problema muito grave, 5,3% (4) no entanto, a maior parte, 88,1% (57) não responderam à questão.

**Tabela 7** – Distribuição da percentagem média de doentes hospitalizados que desenvolvem uma infeção relacionada com os cuidados de saúde

Percentagem Média de infeção	n	%
10	5	6,6
60	4	5,3
NR (Nenhuma resposta)	57	88,1
Total	76	100,0

Em relação à questão **“Em geral qual é o impacto de uma infeção relacionada com os cuidados da saúde na evolução clínica do doente no seu serviço?”** Em resposta a esta questão, 31,6% dos enfermeiros consideraram que o impacto de uma infeção relacionada com os cuidados da saúde na evolução clínica do doente no seu serviço tem um impacto muito baixo, 35,5% (27) dos enfermeiros referiram ter um impacto baixo, 26,3% (20) foram de opinião ter um impacto alto e 11,9% (9) afirmaram ter um impacto muito alto.

**Tabela 8 – Em geral qual é o impacto de uma infecção relacionada com os cuidados da saúde na evolução clínica do doente no seu serviço**

<b>Impacto de uma infecção relacionada com os cuidados da saúde na evolução clínica do doente no seu serviço</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muito Baixa	20	26,3
Baixa	27	35,5
Alta	20	26,3
Muito Alta	9	11,9
Total	76	100,0

Quanto à questão **“Entre todos os assuntos relativos à segurança do doente, qual é a importância de higienização das mãos nas prioridades da gestão da sua instituição?”** Verificamos que 1,3% dos enfermeiros consideraram ter uma prioridade baixa, enquanto 31,6% (24) afirmaram ser muito alta, por seu turno, 22,4%(17) dos enfermeiros consideraram ser um assunto de moderada importância, finalmente 44,7% (34) afirmaram ser uma alta prioridade na sua instituição.

**Tabela 9 – Importância da higienização das mãos nas prioridades da gestão da instituição na segurança do doente**

<b>Importância da higienização das mãos nas prioridades da gestão da instituição na segurança do doente</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixa prioridade	1	1,3
Prioridade moderada	17	22,4
Alta prioridade	34	44,7
Prioridade muito alta	24	31,6
Total	76	100,0

Relativamente a questão **“Opinião dos enfermeiros sobre a higienização das mãos com água e sabonete ou solução alcoólica por parte dos profissionais quando recomendado (entre 0 e 100%)?”** Em resposta a esta questão, 71,1% (54) dos enfermeiros são de opinião que 100% dos profissionais da saúde fazem higienização das mãos com água e sabonete ou com solução alcoólica quando recomendado, 11,8% (9) responderam que a percentagem média é de 80%. Salienta-se que 17,1% (22) dos enfermeiros não responderam à questão.

**Tabela 10** – Opinião dos enfermeiros sobre a higienização das mãos com água e sabonete ou solução alcoólica por parte dos profissionais quando recomendado (entre 0 e 100%)

Percentagem Média	n	%
80	9	11,8
100	54	71,1
NR (nenhuma resposta)	13	17,1
Total	76	100

Em relação à questão **“Na sua opinião, que eficácia as seguintes ações teriam no aumento permanente da adesão às práticas de higienização das mãos na sua instituição?”**

Sobre a opinião dos enfermeiros em relação à importância da higienização das mãos respondendo à questão **“Os líderes e os gestores da sua instituição apoiam e promovem abertamente às práticas de higienização das mãos?”** Os enfermeiros, 25% (19) consideram que os líderes e os gestores apoiam e promovem abertamente as práticas de higienização das mãos, bastante eficaz, outros 25%(19) responderam que a atuação dos líderes e gestores têm uma eficácia moderada na promoção relativamente a prática da higienização das mãos, enquanto que 10,5% (8) dos enfermeiros consideram pouco eficaz a promoção da prática da higienização das mãos por parte dos líderes e dos gestores.

**Tabela 11** - Os líderes e os gestores da sua instituição apoiam e promovem abertamente as práticas de higienização das mãos

Escala	n	%
0 (Não eficaz)	8	10,5
1	8	10,5
2	6	7,9
3	19	25,0
4	8	10,5
5	8	10,5
6 (Muito eficaz)	19	25,0
Total	76	100,0



No que diz respeito à questão “**Que importâncias os chefes do seu serviço dão ao facto de realizar uma excelente higienização das mãos?**” Na opinião de 25% (19) enfermeiros, consideram que os chefes dos serviços dão muita importância a uma excelente realização da higienização das mãos, 15,8% (12) responderam ser importante, 11,5% (9) enfermeiros consideram que os chefes dos serviços dão pouca importância.

**Tabela 12** – Que importância os chefes do seu serviço dão ao facto de realizar uma excelente higienização das mãos

Escala	n	%
0 (Nenhuma importância)	9	11,8
1	3	3,9
2	8	10,5
3	10	13,2
4	12	15,8
5	15	19,7
6(Muita importância)	19	25,0
Total	76	100,0

Relativamente à questão “**Que importância seus colegas de serviço dão ao facto de realizar uma excelente higienização das mãos?**” A maior parte dos enfermeiros 30,3%(23) e 60,5% (45) atribuíram muita importância, seguido de 17,1% (13) e 11,8% que afirmaram ter uma importância moderada, enquanto que 9,2% (7) dos enfermeiros responderam ser pouco importante.

**Tabela 13** – Que importância seus colegas de serviço dão ao facto de realizar uma excelente higienização das mãos?

Escala	1ºmomento		2ºmomento	
	n	%	n	%
0 (Nenhuma importância)	7	9.2	1	1,3
1	3	3.9	1	1,3
2	8	10.5	1	0,0
3	13	17.1	0	11,8
4	8	10.5	9	10,6
5	12	15.8	8	14,5
6(Muita importância)	23	30.3	45	60,5
NR	2	2.6	11	0,0
Total	76	100.0	76	100,0

Em relação a questão “**Que importância o doente dá ao facto de praticares uma excelente higienização das mãos?**” Os enfermeiros, 26,3%(20) responderam que os doentes dão muita importância o facto de o enfermeiro realizar uma excelente higienização das mãos, por outro lado 23,7%(18) dos enfermeiros responderam que os doentes não atribuem nenhuma importância em relação a prática de higienização das mãos dos profissionais.

**Tabela 14** – Sobre a questão “Que importância o doente dá ao facto de praticares uma excelente higienização das mãos?”

Escala	n	%
<b>0 (Nenhuma importância)</b>	<b>18</b>	<b>23,7</b>
<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7,9</b>
<b>2</b>	<b>9</b>	<b>11,8</b>
<b>3</b>	<b>8</b>	<b>10,5</b>
<b>4</b>	<b>6</b>	<b>7,9</b>
<b>5</b>	<b>9</b>	<b>11,8</b>
<b>6(Muita importância)</b>	<b>20</b>	<b>26,3</b>
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Quanto à questão “**Como avalia os esforços necessários para fazer uma boa higienização das mãos?**” Em resposta a esta questão, 28,9% (22) dos enfermeiros afirmaram que para uma boa realização da higiene das mãos é necessário grande esforço, 21,1% (16) confirmaram que é necessário um esforço moderado, 9,2% (7) dos enfermeiros referiram que não é necessário nenhum esforço para a prática de higienização das mãos enquanto 1,3% (1) dos enfermeiros não responderam.

**Tabela 15** – Como avalia os esforços necessários para fazer uma boa higienização das mãos?

Escala	n	%
<b>0 (Nenhum esforço)</b>	<b>7</b>	<b>9,2</b>
<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3,9</b>
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3,9</b>
<b>3</b>	<b>12</b>	<b>15,8</b>
<b>4</b>	<b>16</b>	<b>21,1</b>
<b>5</b>	<b>12</b>	<b>15,8</b>
<b>6 (Muito esforço)</b>	<b>22</b>	<b>28,9</b>
<b>NR</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,00</b>

No que se refere à questão **“Existe alguma solução alcoólica disponível na unidade do doente?”** A menor percentagem dos enfermeiros, 18,4%(14) consideram haver sempre disponibilidade de solução alcoólica nos serviços, opinião contrária é manifestada por 28,9 % (22) enfermeiros que afirmaram não existir disponibilidade, enquanto que 28,9% consideram que esporadicamente existem os recursos para a higienização das mãos.

**Tabela 16 – Disponibilidade de solução alcoólica na unidade do doente**

Disponibilidade da solução alcoólica	n	%
Sempre	14	18,4
Esporadicamente	22	28,9
Raramente	18	23,7
Nunca	22	28,9
Total	76	100,0

Relativamente à questão **“Qual é a percentagem média de casos quando higienizas as mãos por fricção por solução alcoólica e quando é realizada com água e sabonete (entre 0 e 100%)?”** Não responderam à questão 78,9%, (60) enfermeiros, ou seja tivemos uma resposta nula, 13,2% (10) dos enfermeiros têm a percepção de uma média de 90% de casos quando é realizada a higienização por fricção de solução alcoólica e quando se higieniza com água e sabonete e 7,9% (6) dos enfermeiros são de opinião de que a média é de 60% de casos quando se higienizam as mãos por fricção com solução alcoólica e quando é realizada com água e sabonete.

**Tabela 17 – Qual é a percentagem média de casos quando higienizas as mãos por fricção por solução alcoólica e quando é realizada com água e sabonete (entre 0 e 100%)?**

Percentagem Média	n	%
NR	60	78,9
90	10	13,2
60	6	7,9
Total	76	100%

Em relação à questão “**O uso da solução alcoólica é importante para facilitar a higienização das mãos no seu serviço?**” Dos enfermeiros do estudo (42) 55,3% consideraram o uso da solução alcoólica muito importante para facilitar a higienização das mãos, enquanto apenas 1,3%, a consideraram nada importante.

**Tabela 18** – O uso da solução alcoólica é importante para facilitar a higienização das mãos no seu serviço?

Escala	n	%
0 (Nem um pouco)	1	1,3
1	1	1,3
2	5	6,6
3	1	1,3
4	13	17,1
5	13	17,1
6 (Muito importante)	42	55,3
Total	76	100,0

Relativamente à questão “**Os dispositivos alcoólicos são fáceis de usar?**” A maioria dos enfermeiros 50% (38) responderam que os dispositivos alcoólicos são muito fáceis de usar, embora uma minoria representada por 2,6% dos enfermeiros (2) tenha afirmado ser pouco fácil de usar.

**Tabela 19** – Os dispositivos alcoólicos são fáceis de usar?

Escala	n	%
0 (Nem um pouco)	2	2,6
1	3	3,9
2	1	1,3
3	3	3,9
4	13	17,1
5	16	21,1
6 (Muito fácil)	38	50,0
Total	76	100,0

Quanto à questão “**As suas mãos toleram bem o uso da solução alcoólica para a higienização das mãos?**” Os enfermeiros responderam que toleravam muito bem a solução alcoólica para a higienização das mãos, numa percentagem de 35,5% (76) enquanto 17,1% (13) referiram tolerar rasoavelmente e 9,2% (7) referiram não tolerar a solução alcoólica para a higienização das mãos.

**Tabela 20** – As suas mãos toleram bem o uso da solução alcoólica para a higienização das mãos?

Escala	n	%
0 (Nem um pouco)	7	9,2
1	3	3,9
2	5	6,6
3	13	17,1
4	9	11,8
5	12	15,8
6 (Muito bem)	27	35,5
Total	76	100,0

Em relação à questão” **O conhecimento sobre a prática da higienização das mãos ajuda a equipa do serviço a melhorar as práticas da higienização das mãos no seu serviço?**”

Verificou-se que 53,9% (41) e 68,4% (52), dos enfermeiros, no 1º e no 2º momentos respetivamente, consideram muito importante o conhecimento sobre a prática da higienização das mãos na ajuda à equipa do serviço a melhorar as suas práticas, 3% (1) dos enfermeiros afirmou considerar o conhecimento pouco importante para melhorar a prática da higienização das mãos.

**Tabela 21** – O conhecimento sobre a prática da higienização das mãos ajuda a equipa do serviço a melhorar a respetiva prática no local de trabalho?

Escala	1ºmomento		2ºmomento	
	n	%	n	%
0 (Nem um pouco)	1	1,3	0	0,0
1	0	0,0	1	1.3
2	3	3,9	0	0,0
3	7	9,27	0	0,0
4	10	13,2	5	6.6
5	14	18,4	18	23.7
6 Muito importante)	41	53,9	52	68.4
Total	76	100,0	76	100.0

Em relação à questão” **O conhecimento sobre a prática da higienização das mãos ajuda a equipa do serviço a melhorar as práticas da higienização das mãos no seu serviço?**” Constatou-se que 73,7% (56) e 76,3% (58) respetivamente no 1º e no 2º momento, dos enfermeiros, concordaramm que é muito importante a implementação de um protocolo da higienização das mãos, nos seus serviços.

**Tabela 22** – Importância da implementação de um protocolo da higienização das mãos no âmbito prevenção das infecções associadas aos cuidados da saúde

Escala	1ºmomento		2ºmomento	
	n	%	n	%
0 (Nem um pouco)	1	1,3	0	0,0
1	0	0,0	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0
3	3	3,9	1	1,3
4	1	1,3	3	3,9
5	14	18,4	14	18,4
6 Muito importante)	56	73,7	58	76,3
Total	1	1,3	0	0,0
	76	100,0	76	100,0

Relativamente à questão “Se **participar numa acção de formação sobre a higienização das mãos, poderá melhorar as suas práticas de higienização de mãos?**” Os enfermeiros, nos dois momentos respetivamente 69,7 % (53) e 72,4% (55) referiram que é muito importante uma acção de formação para reforçar a prática de higienização das mãos, 6,6%(5) e 5,3% (4) dos enfermeiros consideram ser pouco importante para o melhoramento das suas práticas.

**Tabela 23** – Se participar numa acção de formação sobre a higienização das mãos, poderá melhorar as suas práticas de higienização de mãos?”

Escala	1ºmomento		2ºmomento	
	n	%	n	%
0 (Nem um pouco)	1	1.3	0	0,0
1	0	0,0	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0
3	5	6.6	4	5.3
4	4	5.3	7	9.2
5	13	17.1	10	13.2
6 Muito importante)	53	69.7	55	72.4
Total	76	100.0	76	100.0

Em relação à questão “**Existe no seu serviço um cartaz sobre os “cinco momentos para a higienização das mãos?**” Os enfermeiros, 72,4% (55) responderam que existe um cartaz nos seus serviços sobre “Cinco Momentos para a higienização das mãos” e os restantes 27,6% (21) referiram que desconheciam a existência do cartaz nos seus serviços.

**Tabela 24** – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativas à existência do cartaz no serviço “Cinco momentos para a higienização das mãos?”

Escala	n	%
Sim	21	27,6
Não	55	72,4
Total	76	100,0

Em relação à questão “Conhece a técnica como higienizar as mãos correctamente?” No 1º momento os enfermeiros responderam 69,7% (53) e no 2º, 82,9% (63) considerando que conhecem a técnica correcta da higienização das mãos, sendo que 30,3% (23) e 17,1% (13) desconhecem a técnica.

**Tabela 25** – Percepção do conhecimento da técnica correta de higienização das mãos

Escala	1º momento		2º momento	
	n	%	n	%
Sim	53	69,7	63	82,9
Não	23	30,3	13	17,1
Total	76	100,0	76	100,0

Como podemos verificar na questão “**Que tipo de higienização das mãos é necessário nas seguintes situações (Fricção com álcool; água e sabonete ou nenhum)?**” As respostas dos enfermeiros revelam que, 38,2% e 69,7% destes profissionais, responderam escolhendo a opção errada ao responderem a opção “antes de escrever no processo do doente”. Ainda se verifica que, relativamente a opção “Antes de abrir a porta da unidade do doente” 76,3% e 67,1% dos enfermeiros escolheram a resposta errada. Em relação aos restantes momentos de higienização das mãos necessária a maioria dos enfermeiros responderam correctamente.

**Tabela 26** – Higienização das mãos em relação à cada momento

Momentos da higienização das mãos	1º Momento		2º Momento	
	Certo	Errado	Certo	Errado
Antes de escrever no processo do doente	61,8	38,2	30,3	69,7
Antes do contacto com o doente	88,2	11,8	43,4	56,6
Ao chegar à unidade após o almoço	77,6	22,4	15,8	84,2
Antes de um procedimento de enfermagem	80,3	19,7	56,6	43,4
	23,7	76,3	32,9	67,1

**Antes de abrir a porta da unidade do doente**

Em relação à questão **“Quais as seguintes ações de higienização das mãos previnem a infecção do profissional da saúde?”** A maioria dos enfermeiros entre os 76,3% a 97,4% responderam certo em todas as opções, que é necessária uma realização correcta da higienização das mãos em todos os momentos respectivamente, exceptuando a opção (higienização das mãos antes de um procedimento asséptico), 23,7% e 13,2% dos enfermeiros responderam errado tanto no primeiro momento como no segundo. Nota-se que 84,2% dos enfermeiros responderam erradamente à opção **“Ao chegar à unidade após o almoço”**, no 2º momento, o que demonstrou uma grande diferença dos dados entre os dois momentos.

**Tabela 27** – “Quais as seguintes ações de higienização das mãos previnem a infecção do profissional da saúde?”

Opções da técnica de Higienização das mãos	1º Momento		2º Momento	
	Certo	Errado	Certo	Errado
Higienização das mãos após o contacto com o doente	92,1	7,9	96,1	3,9
Higienização das mãos após o contacto com os fluidos corporais	89,5	10,5	97,4	2,6
Higienização das mãos antes de um procedimento asséptico	76,3	23,7	86,8	13,2
Higienização das mãos após o contacto com superfícies e objectos próximo do doente	86,8	13,2	92,1	7,9

## 2.2 ANÁLISE DA EFICÁCIA DO PLANO DE FORMAÇÃO NAS OPINIÕES E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DO HAN EM RELAÇÃO COM A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Este capítulo tem como objetivo apresentar os testes de hipóteses para o valor de diferenças de médias que serão tratados nesta dissertação. Dado a relevância do estudo cujo objectivo é a comparação de dois grupos, neste sentido propomos que o procedimento apropriado para o teste de significância estatística de uma diferença de médias entre os grupos seria o teste paramétrico conhecido como o teste – t. Ainda com base no teste t, para comparar as diferenças de medias entre os dois grupos em



estudo pretendemos utilizar os dois níveis de significância (0,05 e 0,01), que de acordo Polit e Beck (2011) são os mais frequentemente utilizados.

A variável dependente deste estudo: conhecimento dos enfermeiros do HAN sobre a higienização das mãos, foi explorada através do t de diferença de médias entre as diferenças das médias entre os grupos e nos dois momentos do estudo. Ao utilizar os parâmetros como a média e o desvio do padrão e conhecendo a forma de distribuição assumimos uma distribuição normal, considerando que a variável dependente foi analisada ou medida á um nível intervalar e superior, como podemos verificar no (quadro1).

Ao avaliar a diferença das médias do conhecimento dos enfermeiros do HAN sobre a higienização e a necessidade de higienizar as mãos entre o grupo de experimental e o grupo de controlo foi utilizada o teste t para a diferença de média. O teste da diferença de médias entre os grupos (Experimental e Controlo), não revela uma diferença estatisticamente relevante entre as médias obtidas, apresentando os valores em (  $t= 1,523$ ,  $p= 0,132 > 0,05$ ;  $t= -0,869$ ,  $p= 0,388 > 0,05$ ), pelo que não se rejeita a hipótese nula, como podemos verificar no (Quadro 1). Esses achados levam – nos a dizer que não existem evidências científicas estatísticas suficientes para afirmar que a diferença das médias é significamente diferente de zero para um nível de significância de 5%. Em relação a diferença das médias entre os momentos, constatamos que a diferença de médias são estatisticamente significativos revelando os valores de ( $t= 5,253$ ,  $p= 0,000 < 0,05$ ;  $t= 5,416$ ,  $p= 0,000 > 0,05$ ). Esses valores de diferenças de médias entre os dois momentos do estudo consideramos muito significativa, onde permite-nos concluir que rejeitando a hipótese nula para um nível de significância de  $p<0,001$ , logo permite-nos aceitar a hipótese de investigação colocada, que existe diferença entre o conhecimento e a necessidade de higienização das mãos dos enfermeiros do HAN.

**H1** Existe diferença entre o conhecimento e a necessidade de higienização das mãos dos enfermeiros do HAN.

**Quadro 1 – Conhecimento e Necessidade de Higienização das Mãos (CNHM) 1º e 2º Momento)**

	1º Momento	2º Momento	Testes t (dif. entre Momentos)
<b>Conhecimento</b>	<b>CNHM</b>		
<b>Grupo Exp.</b>			
n	32	26	
Média	3,13	1,58	t= 5,253
DP	0,98	1,27	p= 0,000
<b>Grupo de Cont.</b>			
n	43	50	
Média	3,49	1,90	t= 5,416
DP	1,05	1,66	p= 0,000
<b>Testes t (dif. entre Grupos)</b>	t=-1,523 p= 0,132	t= -0,869 p= 0,388	

No quadro 2, relativamente ao conhecimento dos enfermeiros sobre a higienização das mãos e a prevenção de infeção do profissional da saúde verificamos que ao utilizar o teste da diferença de médias entre os grupos (Experimental e Controlo), não se revela uma diferença estatisticamente relevante entre as médias obtidas, apresentando os valores em ( $t= 0,696$ ,  $p= 0,489 > 0,05$ ;  $t=0,473$ ,  $p=0,683 >0,05$ ).

Apesar das ligeiras diferenças entre os grupos, nas indicações de HM e que envolvem o cuidado directo do doente, não constatamos diferenças estatisticamente significativas, o que permite-nos concluir que a hipótese de investigação formulada não foi confirmada (Quadro2).

**H2** O conhecimento dos enfermeiros sobre a higienização das mãos e a prevenção de infeções é diferente no grupo de controlo e no grupo experimental

**Quadro 2** – Conhecimentos sobre a Higienização e a Prevenção de Infecção do Profissional de saúde (CHPIP), 1º e 2º Momento (grupo experimental e grupo controlo)

	1ºMomento	2º Momento	Testes t (diferências entre as médias)
<b>Conhecimento</b>	<b>CHPPI</b>		
<b>Grupo Exp.</b>			
n	32	26	
Média	3,53	3,77	t= -1,129
DP	0,98	0,51	p= 0.264
<b>Grupo de Cont.</b>			
n	43	50	
Média	3,37	3,70	t= -1,937
DP	0,98	0,65	p= 0,056
<b>Testes t (dif. entre Grupos)</b>	t= 0,696 p= 0,489	t= 0,473 p= 0,638	

### **Análise estatística do teste t da e diferenças das médias**

Análise estatística do teste t da e diferenças das médias

Através dos resultados do teste de t de diferenças de médias apresentados quadro 3, podemos constatar que não houve diferença de médias estatisticamente significativa entre os grupos e nem entre os dois momentos do estudo, revelando em valores de [t = 1,523; p =0,132>0,05,] no 1ºmomento para o 2º momento [t= -0,869; p =0,388> 0,05], como podemos nos ver no Quadro 3.

**Quadro 3** – Dados relativos do teste t de diferenças de médias do Conhecimento e necessidade de higienização das mãos 1º e 2º Momento

	n	1º Momento	2ºMomento
<b>Testes t (dif. entre Grupos)</b>	<b>76</b>	t=-1,523 p= 0,132	t= -0,869 p= 0,388

Os resultados do teste do teste t diferenças de médias dos conhecimentos sobre a higienização das mãos e a Prevenção de Infecção dos profissionais da saúde, revelaram que as diferenças não são estatisticamente significativas [t =0,696; p =0,489 > 0,05 no 1º momento] e [t= 0,473; p =0,638 > 0,05]. Os resultados sugerem que os conhecimentos dos enfermeiros sobre a higienização das mãos parecem frágeis

nalguns aspectos, sendo adequados noutros, embora parecem que o programa de formação não afectou de forma decisiva os conhecimentos.

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A avaliação dos conhecimentos sobre a higienização das mãos foi realizada aos 76 enfermeiros em exercício no Hospital Agostinho Neto durante o segundo semestre do ano 2012.

Neste estudo os resultados, referentes à caracterização da amostra relativamente ao sexo (tabela 1) revelam que a maioria dos enfermeiros era do sexo feminino 73,3%.

A predominância das mulheres pode ser explicada pela própria composição deste corpo profissional, que historicamente confirma que as mulheres são a maioria na profissão de enfermagem, sendo que culturalmente a mulher tem ocupado funções relacionadas com o cuidar. No que tange as transformações do papel feminino na sociedade, para qual passa por um processo de globalização e avanços científicos consideráveis aos seres humanos dos países desenvolvidos, americanos e europeus, as primeiras mulheres a atuarem no campo científico e profissional representaram um papel importante nos debates sobre a natureza da sexualidade feminina.

Santos *et al.*, (2008), através do estudo de Paicheler demonstram que a entrada efectiva da mulher no mercado de trabalho foi possível em virtude das mudanças que vinham acontecer no mundo desde final do século XIX. Neste estudo os autores consideram que naquela época o momento era de grandes mudanças e competições, no qual as mulheres que dedicavam as visitas sanitárias

e as enfermeiras ganhavam cada vez mais o reconhecimento público. Foi neste sentido que as mulheres começaram a entrar no campo da medicina.

Num estudo realizado por Costa, Borges e Danoso (2013), alegam que a enfermagem tem registo ainda nas civilizações antigas com mulheres por meio das práticas tribais nos rituais de cura e o uso de plantas medicinais. Nos últimos anos de acordo com o estudo de Rissardo e Gasparino (2013), tem-se observado um aumento no número de homens, mas ainda assim, a enfermagem é considerada, pela sociedade, uma profissão predominantemente feminina. Esta pesquisa coincide com outros estudos

nacionais e internacionais, nos quais a enfermagem é composta na sua maioria também por mulheres.

Em relação à faixa etária verificamos uma maior percentagem dos enfermeiros, (44,7%) com idade entre os 36 e os 45 anos, embora ainda tenhamos constatado que quase 25% dos enfermeiros têm idade acima dos 46 anos. Esses dados obtidos vão de encontro com o estudo de Araújo e Oliveira (2009), confirmando que a faixa etária predominante, entre trinta e cinquenta anos de idade caracteriza-se numa força de trabalho em fase produtiva. Desta forma notamos uma tendência do envelhecimento dos profissionais de enfermagem. A presença dos profissionais de enfermagem com maior idade nos serviços públicos vai de encontro com outros estudos, onde de acordo com Costa, Lacerda e Marques (2011), sugerem que a predominância dessa faixa etária nas funções é uma forma de garantir a estabilidade de emprego e salário pelo serviço público.

Outro ponto de grande relevância é a predominância da categoria de enfermeiros gerais (78,9%), que se justifica por não ter havido promoções ao longo de vários anos. Verificamos que essa deficiência está interligada pela ausência de uma Ordem dos Enfermeiros no País que regulamenta as normas inerentes a classe, o que nos faz reflectir sobre o crescimento da enfermagem em Caboverde e a necessidade de criação urgente uma Ordem de enfermagem no País. De acordo com a legislação Portuguesa, Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (p. 2960), a Enfermagem é a profissão que tem como objectivo “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, de forma que este mantenha, melhore e recupere a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. A Ordem dos Enfermeiros em Portugal (2011), diz que o enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem, legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem aos indivíduos.

No Hospital em estudo, a promoção ocorre por meio de concurso público que de acordo com o Relatório Nacional de Direitos Humanos, em Caboverde (2010) regulamentam os direitos do trabalhador, particularmente os direitos, liberdades e garantias do trabalhador em ser promovido de acordo com o regime de acesso estabelecido para a carreira profissional em que se integra. Contudo observamos que os que foram promovidos nos últimos anos, 23,7% são enfermeiros graduados e 3,9% são enfermeiros especialistas.

Verificamos que a maioria dos enfermeiros que participaram no estudo 89,5%, tem um período relativamente longo de permanência na profissão ou seja mais que seis anos de serviço. O número reduzido de enfermeiros licenciados 30% no quadro do hospital justifica-se, pelo facto de só em 2008, o ensino de enfermagem ter obtido o reconhecimento de nível superior, na formação universitária no País. O Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde conseguiu avanços significativos desde a independência do País, tendo cumprido a sua missão de promover o bem-estar físico, mental e social das populações e garantir os cuidados de saúde a todo o cabo-verdiano (Relatório Nacional de Direitos Humanos, em Caboverde, 2010).

A evolução positiva dos indicadores de saúde prova os ganhos alcançados, colocando Cabo Verde numa posição invejável na sub-região africana e contribuindo para a graduação de país de desenvolvimento médio. Esta constatação poderá ter reflexos no desenvolvimento dos conhecimentos dos enfermeiros em Caboverde, quando verificamos no estudo de Kletemberg e Padilha (2013), dão maior ênfase o campo da investigação, em particular nas últimas décadas, coloca a enfermagem numa posição de destaque, pela excelência dos programas de pós-graduação, por projetos financiados pelas organizações Internacionais, qualidade do produto das suas actividades e resultados de investigação, além das representações em órgãos nacionais e internacionais.

Verificamos que os enfermeiros do grupo de controlo foram os que mais responderam o questionário 11, 8% e 15,8%, tendo um aumento significativo do primeiro para o segundo momento, o que demonstra o interesse pela aquisição de conhecimentos do tema em estudo. O enfermeiro de hoje, deve responsabilizar continuamente com a aquisição de novos conhecimentos, de modo a atuar de forma efetiva na equipe de saúde e pelo interesse na melhoria das condições de vida do doente que direcciona os cuidados. A prática, determinante da posição do enfermeiro na sociedade, assegura ganhos representativos que lhe permitem manter sua autonomia no espaço social (Bittar, 2005; Barichello, Vieira, Barbosa, Hemiko, 2010).

Relativamente à formação sobre a higienização das mãos, a maioria dos enfermeiros (64%) respondeu afirmativamente que receberam formação sobre os conhecimentos relacionada à prática da HM na instituição, o que nos leva a acreditar que cada vez mais existir uma necessidade crescente de formação pessoal por parte da instituição no conhecimento de enfermagem e nomeadamente na área da higienização das mãos, como também a monitorização desta prática através de um protocolo de acordo

com o definido pela OMS. Importa destacar que este investimento individual vai de encontro com a literatura consultada, ao analisar o estudo realizado por Linch, Ribeiro e Guido (2013), defendem que a produção do conhecimento na enfermagem, ocorre especialmente na pós-graduação aliada aos sistemas de ensino superior e à qualificação de pessoas com elevada formação académica, constituindo elementos centrais no desenvolvimento económico e social que compõe a sociedade contemporânea.

Em relação a disponibilidade dos recursos para a higienização das mãos, nomeadamente a solução alcoólica, a maioria dos enfermeiros 57,8% revelaram que quase nunca ou esporadicamente têm tido este recurso disponível para a realização adequada da prática da HM, embora 18,4%% dos enfermeiros terem afirmado que a solução estava sempre disponível. Esses resultados estão de acordo com outros estudos, nomeadamente com o estudo de Prado, Hartmann e Teixeira (2013), ao considerar que a adesão a esta prática pelos profissionais da saúde é relativamente baixa. De acordo com a literatura consultada essa baixa adesão está relacionada com alguns aspectos institucionais, ausência de manuais nos setores que abordam sobre o tema, carência de produtos adequados para a higienização das mãos, a escassez de lavatórios e dispensadores ou a sua má localização, a falta de uma cultura institucional para a prática da higienização das mãos e por fim a ausência de uma liderança administrativa que motiva os profissionais a adesão e o controlo de práticas inadequadas.

Num estudo, realizado por Barreto *et al.*, (2009), referem que um dos fatores que influencia negativamente uma adequada higienização das mãos, é a falta de qualidade e disponibilidade dos materiais necessários. Além disso, segundo esses autores (2009), racionalizar o tempo necessário para a higienização das mãos tem sido um grande desafio para os profissionais da saúde.

Em relação às recomendações dos produtos a utilizar para a higienização das mãos 78,9% dos enfermeiros não responderam à questão, o que revela, que embora existindo alguns desses recursos nos serviços, segundo os resultados deste estudo, notamos que ainda assim, os mesmos não seguem as orientações conforme o recomendado e a disponibilidade do produto nos serviços.

Tem sido amplamente demonstrado em vários estudos, nomeadamente no estudo de Freire *et al.*, (2012) que as infeções associadas aos cuidados da saúde constituem um



importante problema de Saúde Pública, o que leva ao aumento não só os custos hospitalares, como também os índices de morbilidade e mortalidade entre os doentes. Neste sentido verifica-se que somente 5,3% dos enfermeiros responderam que consideram a infeção relacionada com a prestação dos cuidados muito grave, enquanto a maioria dos enfermeiros 65,5% não tem essa percepção, ou seja não responderam à questão. No estudo por Pina *et al.*, (2010), referem que o insuficiente desenvolvimento de programas de prevenção nos serviços pode estar relacionado com diversos fatores entre os quais a ausência de programas nos serviços quer a nível internacional e nacional em locais específicos, por outro lado esses fatores estão relacionados com o desinteresse dos órgãos da gestão das unidades da saúde, com a redução de recursos humanos formados e treinados para pôr em práticas os programas nos hospitais e noutras unidades da saúde.

Em relação ao impacto de uma infeção associada à prestação dos cuidados, (35,5%) dos enfermeiros, consideram ser muito baixa. É de resaltar que estes resultados deverão ser questionados no hospital em estudo, dado que as auditorias internas não ocorrem com frequência, portanto poucas actividades são direcionadas para a melhoria da qualidade dos serviços e quando são realizadas muitas vezes não são aplicadas. No estudo de Silva e Casa (2006), realçam que na auditoria Hospitalar são requisitos verificados os aspectos organizacionais, operacionais e financeiros sempre com altos níveis de qualidade dos cuidados prestados ao doente. A auditoria em enfermagem segundo os autores está inserida na auditoria hospitalar, na análise ao que toca as actividades de enfermagem, podem ser realizada tanto qualitativamente quanto quantitativamente. Constitui o meio pelo qual o departamento de enfermagem se analisará os resultados alcançados relativamente aos cuidados prestados se estão de acordo com os objectivos traçados para a tomada de decisão.

Relativamente à segurança do doente, 44,7% dos enfermeiros dão muita importância à higienização das mãos e consideram ter uma prioridade muito alta durante a prestação dos cuidados. Consideramos este resultado ter um valor elevado, quando em comparação com os resultados da última década segundo os estudos realizados em outros contextos nomeadamente em Portugal e outros estudos internacionais (Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Dinamarca, Espanha, França), Vargas e Recio, citados por Fernandes e Queirós, (2011), consideram a segurança como o principal aspecto da qualidade, onde recomendam numa só cultura a técnica de qualidade e de segurança, considerado a

nível internacional como uma estratégia global das organizações da saúde. Os autores do estudo argumentam que em cada cem doentes internados, 10 são consequentes de eventos adversos, dos quais 45% são classificados como evitáveis.

É de referir a importância que os enfermeiros dão ao facto de higienizar as mãos de forma correta, a grande maioria dos enfermeiros dão grande importância, mas ainda é de mencionar que 9,7% dos enfermeiros referem ser pouco eficaz.

Apesar de os resultados terem confirmado que os gestores do hospital promovem a prática de higienização das mãos na instituição, os enfermeiros na sua maioria 78,9% afirmaram não existir disponibilidade ou quase esporadicamente recursos para a prática da higiene das mãos nos serviços, o que poderá levar os enfermeiros e os outros profissionais da saúde a recorrerem em más práticas durante a prestação dos cuidados. Uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica segundo o Regulamento n.º 124/2011, é “ Liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infecção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”. Desta forma, o citado regulamento ressalta que o enfermeiro especializado precisa estar capacitado a exercer atividades de maior complexidade, para as quais é necessária a autoconfiança com base no conhecimento científico para que este possa conduzir o atendimento do doente com segurança.

Foi possível apurar que os enfermeiros possuem uma percepção grande sobre a média de casos associados aos actos que envolvem a higienização das mãos na sua prática profissional quando utilizam o SABA ou com água e sabonete, por outro lado verificamos que 46,3% não responderam o questionário.

Os enfermeiros demonstraram bons conhecimentos na manipulação dos dispositivos de solução alcoólica e toleram a SABA muito bem. Estes resultados demonstram que os enfermeiros estão consciencializados para uma boa adesão à higienização das mãos segundo as recomendações preconizadas pela OMS. Em Portugal, segundo o Relatório do Ministério da Saúde, DGS - Campanha Nacional de Higiene das Mãos (2010-2011), através do Departamento da qualidade, revela que em 2009, 82% dos hospitais portugueses registaram taxas de adesão dos profissionais a esta prática, superiores a 50%. Ainda de acordo com os dados do *European Antimicrobial System Resistance Surveillance* em 2009, Portugal, registou uma diminuição de 4%,

relativamente à taxa de MRSA (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus*). Um outro estudo realizado em 2008 refere que Portugal era um dos dois países europeus com taxas superiores à 50%. Consideram-se estes resultados muito positivos, no entanto, para melhorar as taxas de infeção é necessário manter e apoiar a promoção da higiene das mãos nos locais de prestação de cuidados.

Apesar da ausência de dados estatísticos em Cabo Verde que nos confirmem que a adesão da prática de higienização é alta ou baixa, 50 % dos enfermeiros são de opinião que os gestores e as chefias apoiam e promovem abertamente as práticas de higienizações das mãos. Entretanto outros 10,5% dos enfermeiros consideram ser pouco eficazes para a promoção da adesão. O estudo de Barbosa (2010) demonstra que os recursos físicos, humanos e financeiros são frequentemente disponibilizados, o que visa a promoção da adesão da prática da higienização da saúde através de intervenções educacionais, distribuição de cartazes informativos, palestras entre outros. As Estratégias têm sido utilizadas para implementação da adesão às medidas de prevenção e controle das IACS. Atualmente os Bundles ou seja a introdução de melhores práticas baseadas em evidências, constitui uma série de esforços de melhoria envolvendo a execução simultânea de vários procedimentos específicos, com programas programas de treinamento e educação contínua (Marschall *et al.*, 2008; Jardim, *et al.*, 2013).

Os resultados sugerem que os conhecimentos dos enfermeiros sobre a higienização das mãos são adequados em alguns aspectos, mas percebe-se alguma fragilidade ou insegurança nesses mesmos conhecimentos o que é por exemplo percebido através da fraca mudança obtida no segundo momento em acertos e até um acréscimo de erros em questões fundamentais (como o contacto com o doente e antes de um procedimento de enfermagem). Este aspecto leva-nos a reflectir sobre a necessidade de implementação de formações mais permanentes e continuadas, e ainda sobre a necessidade de um estudo de caracter observacional que conduza uma apreciação das práticas concretas pois é sabido que havendo fragilidade e insegurança ao nível cognitivo pode supor-se que os comportamentos também sejam menos adequados, sendo que alguns factores culturais podem contribuir para alguma falta de rigor nas dimensões técnicas, que requerem actualização permanente.

Acreditamos que para a educação ocorrer de forma permanente, embora segundo a literatura consultada existe ideias contraditórias em relação ao processo educativo. No estudo de Tiplle *et al.*, (2009) defendem que é necessário o aperfeiçoamento

constante para que o crescimento e desenvolvimento da pessoa sejam integrais, sendo que a ação educativa é um processo dinâmico onde o indivíduo terá como ordenar os seus pensamentos e as suas necessidades de maneira inovadora. Contrariamente no estudo de Jardim *et al.*, (2013), referem segundo a *World Health Organization* que os programas educacionais que visam a HM como o único meio para a prevenção de infecção nosocomial geralmente não são seguras. Neste estudo os autores alegam ao fundamentar que a HM sofre influências apenas a curto prazo e, devido a este facto, os programas educativos devem abranger outras medidas de prevenção (Marschall *et al.*, 2008; Jardim, *et al.*, 2013).

O fato de haver formação permanentemente na área de higienização das mãos, a realização da mesma adequadamente continua a ser vista como algo de alta relevância pelos chefes dos serviços, segundo a opinião da maioria dos enfermeiros (45%). Constatamos que estes resultados vão de encontro às recomendações da WHO (2010), quando revelam que a implementação de uma estratégia multimodal para a higiene das mãos a nível nacional, constitui a abordagem mais eficaz para a promoção da prática da higiene das mãos cujos elementos-chave da estratégia multimodal incluem a formação, os programas de motivação dos profissionais, a utilização na higiene das mãos de uma solução anti-séptica de base alcoólica (SABA), a monitorização da prática de higiene das mãos e do consumo dos produtos adequados, a utilização de indicadores de desempenho e o forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo, nomeadamente os gestores de topo, os intermédios e os prestadores de cuidados. As preparações alcoólicas apresentam como vantagem a economia da água e dos custos. No estudo de Trampuz, Widmer citados por Gonçalves, Graziano e Kawagoe (2012) indicam que as preparações alcoólicas promovem uma redução dos custos por procedimento em até 67% em relação aos outros produtos da HM, como a água e o sabão antimicrobiano.

Num estudo realizado em 2008, os autores consideram que Portugal é um dos dois países europeus com taxas superiores à 50%. Consideramos estes resultados muito positivos, no entanto, para melhorar as taxas de infeção é necessário manter e apoiar sempre a promoção da higiene das mãos nos locais de prestação de cuidados (Cirelli, Figueiredo, e Mascarenhas, 2007; Galon, Robazzi e Marziale, 2008; Leite e Figueiredo 2009; Moncaio e Figueiredo, 2009).

Em todos os momentos do estudo verificamos que os enfermeiros 53,9% e 68,8% consideram muito importante que a higienização das mãos possa melhorar as suas práticas de forma efectiva juntamente de toda equipa de saúde.

A implementação de um protocolo sobre a HM é algo de grande relevância para a melhoria dos cuidados segundo as respostas da maioria dos enfermeiros, embora segundo eles haja inexistência e desconhecimento de um protocolo da HM nos serviços.

Garcia *et al.*, (2013) no seu estudo, referem que uma das acções da Anvisa e da Organização Pan-Americana da Saúde) é planejar iniciativas no sentido de activar a adesão a práticas seguras, como a higienização das mãos pelos profissionais de saúde. O enfermeiro segundo os autores têm um papel relevante na gestão dos recursos, deve conhecer e acompanhar o histórico e adotar estratégias que contribuam para minimizar e evitar desperdício, implantar protocolos, mobilizar esforços para um melhor desempenho, com a preservação, qualidade e a eficiência dos cuidados prestados (Castilho, Fugulin, Gaidzinski, 2010; O'Boyle, Henly, Larson, 2013; Garcia *et al.*, 2013).

Relativamente à existência dos cartazes nos serviços, os enfermeiros na sua maioria afirmaram existir um cartaz nos seus serviços sobre os “Cinco Momentos para a higienização das mãos” embora 27,6% (21) tenham referido que desconheciam a existência do cartaz nos seus serviços. Constatamos que houve uma intervenção prévia da distribuição dos cartazes, implementação de estratégias, formação e outras matérias para a promoção da adesão à higienização das mãos, por parte dos profissionais antes do início do estudo e mesmo no momento em que este decorria.

Destacamos que os enfermeiros não garantem o desempenho correto que enfatizam os cinco momentos recomendados pela OMS. Verificamos que ao responder as opções sobre os cinco momentos da higienização das mãos relativamente a opção “Antes de abrir a porta da unidade do doente” 76,3% e 67,1% dos enfermeiros responderam errado. Com isto verificamos o desconhecimento por parte dos enfermeiros sobre as indicações de quando é necessária a realização do ato e revela-se que a adesão para a higienização das mãos é realizada mais como medida de proteção individual do que para a promoção da segurança do doente, sendo que 61,8% dos enfermeiros responderam correctamente ao afirmar que devem fazer a HM antes do contacto com doente.

Destacamos que os enfermeiros não garantem o desempenho correto que enfatizam os cinco momentos recomendados pela OMS. Atualmente existe uma infinidade de estratégias desenvolvidas para diminuir o risco de IACS. Estas estratégias estão descritas no CDC como as diretrizes (*Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*) que de acordo com o estudo de Brachine, Peterlini e Pedreira (2012) citando Shulman *et al.*, vêm sendo trazidas para a prática clínica em forma de pacote ou conjunto de intervenções, formados por um pequeno grupo de cuidados específicos, denominado de *bundle*. Verificamos que ao responder as opções sobre os cinco momentos da higienização das mãos relativamente a opção “Antes de abrir a porta da unidade do doente” 76,3% e 67,1% dos enfermeiros responderam errado. No entanto verificamos uma diferença de médias não significativas entre o grupo de experimental e do controlo correspondente em  $[t = 0,696; p = 0,489 > 0,05 \text{ no } 1^{\text{o}} \text{ momento}]$  e  $[t = 0,473; p = 0,638 > 0,05]$ . Esses achados permitem-nos concluir que apesar das ligeiras diferenças entre os grupos, nas indicações de que é necessário uma prática adequada da HM, não constatamos diferenças estatisticamente significativas, o que permite-nos concluir que a hipótese de investigação formulada não foi confirmada (Quadro2).

Os resultados do estudo sugerem que na grande maioria dos aspectos associados à higienização das mãos os enfermeiros demonstram ter conhecimentos, no entanto existem alguns itens em que os conhecimentos são deficientes. Por outro lado, e apenas com base na nossa experiência pessoal e profissional de muitos anos em contato no hospital em que se realizou o estudo as práticas dos enfermeiros nesta matéria (HM) é ainda algo que não se verifica de forma sistemática pelo que será uma sugestão para o futuro a realização de um estudo de carácter observacional que confirme este aspecto.

## CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção e os conhecimentos que os enfermeiros têm sobre a higienização das mãos e por outro lado analisar a eficácia de um programa de formação sobre a HM aplicado aos enfermeiros nos serviços de urgência do HAN. Este processo foi iniciado no decorrer do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESEnfC.

Foram encontrados resultados importantes, na medida em que podem fundamentar e estratégias de intervenção capazes de motivar os enfermeiros do hospital supracitado na assimilação de boas práticas em relação a higienização das mãos.

Procurámos dar respostas às questões de investigação e dos objectivos através da seguinte operacionalização:

Os resultados obtidos permitiram-nos avaliar os conhecimentos e a percepção que os enfermeiros do HAN têm sobre a higienização das mãos uma vez que na maioria dos aspectos relacionados com a HM, os enfermeiros (76,3% e 97,4%), demonstraram ter conhecimentos.

A falta dos recursos disponíveis segundo a maioria dos enfermeiros (78,9%), para apoiar a prática da HM é bastante deficitária no hospital em estudo, embora os gestores da instituição promovem o incentivo para uma boa adesão.

A ausência de dados estatísticos em Cabo Verde sobre a taxa de adesão à HM, também constitui uma dificuldade no estudo uma vez que não existe ainda um serviço de controlo de infeção no referido hospital. Essa deficiência poderá resultar no aumento de morbimortalidade e resultar num problema de custos hospitalar, do doente e da família.

O programa de formação influenciou o conhecimento dos enfermeiros do primeiro para o segundo momento, ao demonstrar interesse em participar no estudo e motivados para saber mais sobre o assunto, embora ter verificado que os enfermeiros (76,3% e 67,1%) responderam errados as questões relacionadas como os cinco momentos. Acreditamos que esta falha justifica-se pelo desconhecimento dos cinco momentos



para a prática da higienização sugerido pela OMS, ausência de um protocolo sobre a HM e por outro um plano de formação de forma sistematizada na instituição que poderá ajudar os enfermeiros a atualizarem os seus conhecimentos.

Constatamos de acordo com os resultados não haver uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p = 0,489 > 0,05$ ) e ( $p = 0,638 > 0,05$ ), o que nos permite concluir que os conhecimentos dos enfermeiros sobre a higienização das mãos podem não ser o fator essencial associado às suas práticas diárias relativamente à prevenção da infeção.

Com base nos resultados apresentados podemos concluir que apesar dos enfermeiros demonstrarem muitos conhecimentos sobre a HM podemos dizer através da nossa experiência, que a realização de protocolos segundo as recomendações da OMS, ainda não se verificam de forma sistemática, pelo que pensamos que a realização de um estudo observacional seria muito relevante, para confirmar quais os verdadeiros comportamentos associados à HM são praticados pelos enfermeiros.

As insuficiências nos conhecimentos de alguns enfermeiros sugerem que a implementação de forma regular de formação continua e sistematizada sobre a higienização das mãos, irá contribuir para melhorar os conhecimentos e formar novos enfermeiros admitidos na instituição, e desta forma garantir-se que se cumprem os critérios exigidos pela OMS.

Avaliar os conhecimentos e a reflexão sobre a prática dos enfermeiros do HAN acerca da HM levou-nos a identificar a importância das instituições formadoras bem como dos hospitais e dos prestadores dos cuidados, visando a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Os resultados apontaram necessidades de mudança e busca de estratégias de intervenção capazes de favorecer o conhecimento e modificar a prática de HM pelos enfermeiros. Estamos cientes de que esta mudança é complexa sendo que além dos aspetos educacionais poderão ainda estar envolvidos aspectos comportamentais e organizacionais. Percebemos esta mudança como um esforço conjunto de ambas as partes, onde o primeiro passo está na vontade dos profissionais de saúde em aceitar essa mudança e quererem mudar.

### **Limitação do estudo e sugestões para desenvolvimento futuro**



Um dos constrangimentos do estudo prendeu-se com o facto de durante o processo de recolha dos dados nos depararmos com a situação concreta do nosso instrumento de recolha dos dados já ter sido distribuído aos enfermeiros do hospital, sem informação prévia o que gerou alguma perturbação na compreensão dos nossos objetivos por parte dos enfermeiros.

A nossa inexperiência neste processo de investigação, pelo que poderão ter ocorrido lapsos metodológicos ou científicos, que procurámos ao longo do trabalho sempre minimizar, mas que apesar de tudo, admitimos humildemente, que possam originar algumas contestações.

Ressalvamos que as estratégias de intervenção que proporcionem o aumento da adesão dos profissionais a esta prática devem ser insistentemente realizadas uma vez que a HM é um dos procedimentos mais eficazes na prevenção das infecções associadas aos cuidados em saúde. Porém, é necessário avaliar a melhor estratégia de incentivo a ser abordada, pois a educação como a principal forma de divulgação e multiplicação do conhecimento e informação não tem conseguido modificar comportamentos e condutas específicas.

Para ultrapassar os desafios inerentes à prática da higienização das mãos, cabe ao enfermeiro assumir as suas competências. No que diz respeito à gestão, ele deverá diligenciar esforços junto aos gestores dos serviços de saúde para compreender um clima institucional seguro, que promova a higienização das mãos através de um programa de formação contínua e sistematizada.

No âmbito do cuidar reconhecemos que a essência da enfermagem é o cuidado humano. Assim, acreditamos que a prevenção e o controle das infeções devem ser inerentes ao processo de cuidar na perspectiva da integralidade, o que se concretiza por meio da adesão às medidas de prevenção e controle das infecções, especialmente a higienização das mãos, de modo a tornar-se exemplo positivo junto à equipa interdisciplinar e garantir a segurança do doente.

No tocante à investigação, torna-se necessário o acompanhamento do desenvolvimento de estudos de outros países, para revelar a prática da higienização das mãos no contexto dos serviços de saúde, além de estratégias que mobilizem esforços individuais e institucionais para a promover. Desta forma poderemos identificar nova investigação que nos parece pertinente a sua realização também na realidade de Cabo Verde.

No que tange à competência educativa do enfermeiro, sugerimos que este estimule a discussão e reflexão colectiva do processo de trabalho em saúde para a promoção da higienização das mãos na equipe interdisciplinar. Esta atitude pode transformar-se em realidade através de uma intervenção nos cuidados de saúde, tornando-se num cuidado mais limpo e seguro garantindo a qualidade dos cuidados e a segurança global do doente.

Face ao exposto, espera-se que este estudo possa contribuir para o avanço e registo do conhecimento nesta área de grande relevância para os cuidados de saúde em Cabo Verde, com enfoque específico no exercício profissional. Espera-se também que sirva de referência para outros estudos com mais profundidade, e com objectivos mais focalizados, a fim de melhorar a prática de cuidados aos doentes por parte de todos os profissionais da saúde nomeadamente os enfermeiros.

## BIBLIOGRAFIA

Andrade, J., & Petreca, R. (2013). Impacto do instrumento de coleta de dados nas respostas obtidas. Disponível em: <http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/PMKTCienciaED9.pdf>

Anvisa. (2007). *Segurança do Paciente: Higienização das Mãos*. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Anvisa. (2009). *Segurança do paciente em serviços de saúde higienização das mãos*. Brasília. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Anvisa.(2012).*Higiene das mãos/ Brasília*. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao\\_maos/manual\\_integra.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf)

Anvisa. (2012). *Segurança do Paciente: Relatório sobre Autoavaliação para Higiene das Mãos*. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/::connect/b0708b004a5e0144be88ff45db97490b/Relat%C3%B3rio\\_de\\_Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/::connect/b0708b004a5e0144be88ff45db97490b/Relat%C3%B3rio_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf?MOD=AJPERES)

Anvisa. Ministério da Saúde. (2013). *Protocolo para a prática de higiene das mãos*. Disponível em:[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/04/CONSULTA\\_PUBLICA\\_N6\\_1\\_DE\\_ABRIL\\_2013.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/04/CONSULTA_PUBLICA_N6_1_DE_ABRIL_2013.pdf)

De Araújo, M. D. F. S., & de Oliveira, F. M. C. (2009). *A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família ea satisfação profissional*. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf>

Barichello, E., Silva, M. C. V., Barbosa, M. H., & Iwamoto, H. H. (2010). *Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por queimaduras*. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/revision3.pdf>

BARBOSA, L. R. (2010). *Correlação entre métodos de mensuração da adesão à higienização das mãos nas unidades de terapia intensiva neonatal*. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-05102010-103307/pt-br.php>

Borges Primo, M. G., Ribeiro, L. C. M., da Silva Figueiredo, L. F., Albernaz Sirico, S. C., & de Souza, M. A. (2010). *Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 12(2),266-71.Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7656>

Brachine, J. D. P., Peterlini, M. A. S., & Pedreira, M. D. L. G. (2012). *Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais*. Disponível em :[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000400025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400025)

Caetano, J. A., Lima, M. A., Miranda, M. C., Serufo, J. C., & Ponte, P. R. L. (2011). *Identificação de contaminação bacteriana no sabão líquido de uso hospitalar*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080>

Cardoso, T., Lopes, J.R., Silva, C.S. O Silva, P., Oliveira, A.P., Marques, F., & Souza, L P S., *A importância da lavagem das mãos para a realização dos cuidados de enfermagem*. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd164/a-importância-da-lavagem-das-mãos.htm>

CDC. (2007). Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agentes in healthcare settings. Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl-isolation.html>

Coelho, M, S., Silva, A. C., & Faria, S. M., (2011). *Higienização das mãos como estratégia fundamental no controlo de infeção hospitalar: um estudo quantitativo*. Disponível em : [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/pt\\_clinica2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/pt_clinica2.pdf)

Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania. (2010). I Relatório Nacional de Direitos Humanos. Cabo-verde. Disponível em: <http://www.un.cv/files/reldh.pdf>

Costa, F. D. C., Borges, E. L., & Vieccelli D. M. T. (2013). *Perfil dos alunos de curso Técnico de Enfermagem de uma escola particular em Minas Gerais*. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/327>

Lacerda Costa, G., de Lacerda, A. B. M., & Marques, J. (2011). *Ruído no contexto hospitalar: impacto na saúde dos profissionais de enfermagem*. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rsbf/v16n4/v16n4a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v16n4/v16n4a23.pdf)

Cruz, E. D. D. A., Pimenta, F. C., Palos, M. A., Marín da Silva, S. R., & Gir, E. (2009). *Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado*. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717>

Dantas, R. A. N., Dantas, D. V., de Mendonça, A. E. O., Costa, I. K. F., & Freire, M. D. M. C. (2010). *Higienização das mãos como profilaxia das infecções hospitalares: uma revisão*. InterSciencePlace,(13).Disponivel:<http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/136/158>.

Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro Diário da República, Série I-A, 2959-2962 OE.Portugal

Decreto-Lei n.º 161/96. Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011c). *Regulação do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Disponível em: <http://www.ordem.enfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagemREPE.pt>

Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.

Direção Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa n 13 DQS/DSD. Orientações de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades da Saúde*. Lisboa, Portugal  
Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.Registo.aspx?back=1&id=16279>

Direção Geral da Saúde. (2010-2011). *Relatório. Campanha Nacional de Higiene das Mãos 2010-2011. Departamento da Qualidade na Saúde*. Disponível em:  
[http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EEDF8BFB-3F2E-423B-A4F9-17CFE5C19BF5/19BF5/0/relatorio\\_maos\\_dgs.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EEDF8BFB-3F2E-423B-A4F9-17CFE5C19BF5/19BF5/0/relatorio_maos_dgs.pdf)

Felix, C. P., (2007). *Avaliação da técnica da lavagem das mãos executadas pelos alunos do curso de Graduação em Enfermagem*. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/18.pdf>

Fernandes, A. M. M. L., & Queirós, P. J. P. (2011). *Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses*. Revista de Enfermagem Referência, (4), 37-48. [http://www.scielo.gpeari.mctespt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctespt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200004&script=sci_arttext)

Ferreira V. T. A., Santana de Sá, A., Martins Mendonça, K., Silva E Sousa, A. C., & De Lima Vieira Dos Santos, S. (2010). *Técnica de higienización simple de manos: la práctica entre académicos de enfermería*. Ciencia y enfermería, 16(1), 49-58.  
Disponível em: [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000100006&script](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000100006&script)

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusodidata.

Franco, Luís (2010). *Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. CHBA. Enfermeiros. Disponível em <http://www.chbgarvio.min-saude.pt/>

Freire, I. L. S., Menezes, L. C. C. D., Sousa, N. M. L. D., Araújo, R. D. O., Vasconcelos, Q. L. D. D. A. Q., & Torres, G. D. V. (2013). *Epidemiologia das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Unidade de Terapia Intensiva*

*Pediátrica*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 11(35). Disponível em [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/1675](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1675)

Garcia, S. D., Gil, R. B., Laus, A. M., Haddad, M. D. C. L., Vannuchi, M. T. O., & Taldivo, M. A. (2013). *Material resource management in practice of han hygiene*. Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007],7(5), 1342-1348.

Gaspar, M. D. D. R., Busato, C. R., & Severo, E. (2011). *Prevalência de infecções hospitalares em um hospital geral de alta complexidade no município de Ponta Grossa*-doi: 10.4025/actascihealthsci. v34i1. 8943. *Acta Scientiarum. Health Science*, 34(1), 23-29.

Giarola, L. B., Baratieri, T., Costa, A. M., Bedendo, J., Marcon, S. S., & Waidman, M. A. P. (2012). *Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico*. *Cogitare Enfermagem*, 17(1). Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/26390>

Jesus Gonçalves, K., Graziano, K. U., & Kawagoe, J. Y. (2012). *Revisão sistemática sobre antissepsia cirúrgica das mãos com preparação alcoólica em comparação aos produtos tradicionais*. *Rev Esc Enferm USP*, 46(6), 1484-93. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/28.pdf>

Guedes, M., Miranda, F. M. D. A., Maziero, E. C. S., Cauduro, F. L. F., & Cruz, E. D. D. A. (2012). *Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde*. *Cogitare Enfermagem*, 17(2) Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/27886>

Jardim, J. M., Lacerda, R. A., Soares, N. D. J. D., & Nunes, B. K. (2013). *Evaluation of practices for the prevention and control of bloodstream infections in a government hospital*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 38-45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100005&script=sci_arttext)

Kletemberg, D. F., & Padilha, M. I. (2013). *Enfermagem gerontológica: a produção do conhecimento na profissão (1970-1996)*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 86-93. Disponível em: [http://seer.ufrgs.br/Revista\\_GauchadeEnfermagem/article/view/26206](http://seer.ufrgs.br/Revista_GauchadeEnfermagem/article/view/26206)

Lima, J. P. D. B. (2009). *A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de enfermagem: práticas relacionadas com o uso de luvas*. Disponível em: [repositorium.sdum.uminho.pt/.../Dissertação\\_Jorge\\_Lima\\_01.03\\_frente](http://repositorium.sdum.uminho.pt/.../Dissertação_Jorge_Lima_01.03_frente)

Martinez, M. R., Campos, L. A. A. F., & Nogueira, P. C. K. (2009). *Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. *Rev Paul Pediatr*, 27(2), 179-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n2/10>

Martins, M., (2001). *Manual de infecções hospitalares: epidemiologia, prevenção e controlo*. Rio de Janeiro: Medsi. ISBN 85-7199-256-8

Ministério da Saúde. (2004). *Recomendações para a prevenção da infecção respiratória em doente ventilado*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Direcção Geral da Saude. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.

Ministério da Saúde.(2004). *Recomendações para a prevenção da infecção do trato urinário em doentes com algaliação de curta duração*. Instituto Nacional de Saúde Direcção Geral da Saude Dr. Ricardo Jorge.Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Ministério da Saúde. (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Direcção Geral da Saude Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Moncaio, A. C. S., (2010). *Higiene das maos dos profissionais da saude: Subsidios para mudanca comportamental na perspectiva da autoeficacia de Albert Bandura*. Ribeirão Preto. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../AnaCarolinaScarpelMoncaio.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../AnaCarolinaScarpelMoncaio.pdf)

Neves, Z. C. P. D., Tipple, A. F. V., Souza, A. C. S., Melo, D. D. S., Ferreira, L. R., &



Silva, E. A. C. D. (2009). *Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados*. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n3/pdf/v11n3a36.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a36.pdf)

Oliveira, A. C. D., & Paula, A. O. D. (2011). *Monitoring adherence to hand hygiene: a literature review*. Acta Paulista de Enfermagem, 24(3), 407-413. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000300016&script=sci_arttext)

Organização Mundial de Saúde.(2005). *Diretrizes da oms sobre higienização das mãos na assistência à saúde (versão preliminar avançada): resumo*.Geneva. Disponível em [www.anvisa.gov.br/servicosade/higienizacao\\_oms/Diretrizes%20da%20OMS.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/higienizacao_oms/Diretrizes%20da%20OMS.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2008): *Um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos*.Brasília.Disponível em [www.anvisa.gov.br/servicosade/controle/...oms/guia\\_de\\_implement.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controle/...oms/guia_de_implement.pdf)

World Health Organization.(2010). *The who Agenda*.Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/about/agenda/en/index.html>

World Health Organization. (2010). *My 5 moments for hands hygiene*.Geneva. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598606\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598606_eng.pdf)

Pereira, N., (2004). *A ameaça invisível nas infecções hospitalares*. Medicina e Saúde. Lisboa. Disponível em: [medicosdeportugal.saude.sapo.pt](http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt)

Pina, E., Silva, M. G., Silva, E. G. D., & Uva, A. D. S. (2010). *Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia)*. Revista portuguesa de saúde pública, 28(1), 19-30. Disponível em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087090252010000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087090252010000100003&script=sci_arttext)

Polit, D F; Beck, C T., (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem*. Brazil. 669.ISBN 978-85-363-2545-3.

Prado, M. F. D., Oliveira, Â. C. J., Nascimento, T. M. B. D., Melo, W. A. D., & Prado, D. B. D. (2013). *Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(3), 557-564. Disponível em: <http://educem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16366>

Regulamento n.º 124/2011. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011), p. 8656-8657.

Relatório Campanha Nacional de Higiene das Mãos. (2010-2011). *Departamento da Qualidade na Saúde*. Disponível em: [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EEDF8BFB-3F2E-423B-A4F9-17CFE519BF5/0/relatorio.maos\\_dgs.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EEDF8BFB-3F2E-423B-A4F9-17CFE519BF5/0/relatorio.maos_dgs.pdf)

Rissardo, M. P., & Gasparino, R. C. (2013). *Emotional exhaustion in nurses of a public hospital*. Escola Anna Nery, 17(1), 128-132. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100018)

Rocha, L. A. (2007). *Microbiota das mãos de enfermeiras, estudantes universitários e técnicos de laboratório associada à lavagem higiênica*. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA). Disponível em: [repositorio.ufu.br/bitstream/.../2790/1/MicrobiotaMaosEnfermeiras.pdf](http://repositorio.ufu.br/bitstream/.../2790/1/MicrobiotaMaosEnfermeiras.pdf)

Silva, P. C., & Casa, E. C. G. S. (2013). Auditoria interna em enfermagem e educação continuada: um feedback positivo. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2006-09.pdf>

Santos, D. N., Campos, L. N., Conceição, C. C., Anjos, I. S., & Barroso de Lima, K. C. (2012). *A construção da identidade profissional da enfermagem no Brasil ea questão de gênero*. Revista Tecer, 1(1). Disponível em: <http://pe.izabelahendrix.edu.br/ojs/index/index.php/tec/index>

Secco, F. L. D. S. (2010). *Desenvolvimento de uma estrutura informatizada em tecnologia móvel para o registro da observação da higienização das mãos*. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/24760>

Senna, k. M. S,. (2010). *Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde relacionados à higiene de mãos*. Rio de Janeiro. Disponível em [http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto\\_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/Dissertacoes%202010/ DISSERTA%C7%C3O\\_KATIA\\_SENNA.pdf](http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/Dissertacoes%202010/ DISSERTA%C7%C3O_KATIA_SENNA.pdf)

Silva, N. B. Ravanello, M. L., (2005). *Controlo de infecção hospitalar em centro de tratamento intensivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-1069-2.

Soares, C; Miranda, N; Carvalho, M; Paixão, A,. (2012). *Higienização das mãos: opinião de enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital universitário de Minas Gerais*. Disponível em [http://www.revista-api.com/2012/pdf/API\\_01\\_12\\_C.pdf](http://www.revista-api.com/2012/pdf/API_01_12_C.pdf) connection.ebscohost.com/.../higieniza-o-das-m-os-o..

Tipple, A. F. V., Mendonça, K. M., Melo, M. C. D., Souza, A. C. S., Pereira, M. S., & Santos, S. D. L. V. D. (2008). *Higienização das mãos: o ensino ea prática entre graduandos na área da saúde*-DOI: 10.4025/actascihealthsci. 1079. *Acta Scientiarum. Health Science*, 29(2), 107-114. <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1079/0>

Tipple, A. F. V., Souza, A. C. S., Suzuki, K., Rocha, L. O., & Barreto, R. A. D. S. S. (2009). *Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica*. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm>. <http://www.dgs.pt>

.



---

## APÊNDICES



---

## APÊNDICE I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NO HAN





—  
 Consider as  
 reduction of  
 4th, 5th, 6th, 7th, 8th, 9th, 10th, 11th, 12th, 13th, 14th, 15th, 16th, 17th, 18th, 19th, 20th, 21st, 22nd, 23rd, 24th, 25th, 26th, 27th, 28th, 29th, 30th, 31st, 32nd, 33rd, 34th, 35th, 36th, 37th, 38th, 39th, 40th, 41st, 42nd, 43rd, 44th, 45th, 46th, 47th, 48th, 49th, 50th, 51st, 52nd, 53rd, 54th, 55th, 56th, 57th, 58th, 59th, 60th, 61st, 62nd, 63rd, 64th, 65th, 66th, 67th, 68th, 69th, 70th, 71st, 72nd, 73rd, 74th, 75th, 76th, 77th, 78th, 79th, 80th, 81st, 82nd, 83rd, 84th, 85th, 86th, 87th, 88th, 89th, 90th, 91st, 92nd, 93rd, 94th, 95th, 96th, 97th, 98th, 99th, 100th, 101st, 102nd, 103rd, 104th, 105th, 106th, 107th, 108th, 109th, 110th, 111th, 112th, 113th, 114th, 115th, 116th, 117th, 118th, 119th, 120th, 121st, 122nd, 123rd, 124th, 125th, 126th, 127th, 128th, 129th, 130th, 131st, 132nd, 133rd, 134th, 135th, 136th, 137th, 138th, 139th, 140th, 141st, 142nd, 143rd, 144th, 145th, 146th, 147th, 148th, 149th, 150th, 151st, 152nd, 153rd, 154th, 155th, 156th, 157th, 158th, 159th, 160th, 161st, 162nd, 163rd, 164th, 165th, 166th, 167th, 168th, 169th, 170th, 171st, 172nd, 173rd, 174th, 175th, 176th, 177th, 178th, 179th, 180th, 181st, 182nd, 183rd, 184th, 185th, 186th, 187th, 188th, 189th, 190th, 191st, 192nd, 193rd, 194th, 195th, 196th, 197th, 198th, 199th, 200th, 201st, 202nd, 203rd, 204th, 205th, 206th, 207th, 208th, 209th, 210th, 211st, 212nd, 213th, 214th, 215th, 216th, 217th, 218th, 219th, 220th, 221st, 222nd, 223rd, 224th, 225th, 226th, 227th, 228th, 229th, 230th, 231st, 232nd, 233rd, 234th, 235th, 236th, 237th, 238th, 239th, 240th, 241st, 242nd, 243rd, 244th, 245th, 246th, 247th, 248th, 249th, 250th, 251st, 252nd, 253rd, 254th, 255th, 256th, 257th, 258th, 259th, 260th, 261st, 262nd, 263rd, 264th, 265th, 266th, 267th, 268th, 269th, 270th, 271st, 272nd, 273rd, 274th, 275th, 276th, 277th, 278th, 279th, 280th, 281st, 282nd, 283rd, 284th, 285th, 286th, 287th, 288th, 289th, 290th, 291st, 292nd, 293rd, 294th, 295th, 296th, 297th, 298th, 299th, 300th, 301st, 302nd, 303rd, 304th, 305th, 306th, 307th, 308th, 309th, 310th, 311st, 312nd, 313th, 314th, 315th, 316th, 317th, 318th, 319th, 320th, 321st, 322nd, 323rd, 324th, 325th, 326th, 327th, 328th, 329th, 330th, 331st, 332nd, 333rd, 334th, 335th, 336th, 337th, 338th, 339th, 340th, 341st, 342nd, 343rd, 344th, 345th, 346th, 347th, 348th, 349th, 350th, 351st, 352nd, 353rd, 354th, 355th, 356th, 357th, 358th, 359th, 360th, 361st, 362nd, 363rd, 364th, 365th, 366th, 367th, 368th, 369th, 370th, 371st, 372nd, 373rd, 374th, 375th, 376th, 377th, 378th, 379th, 380th, 381st, 382nd, 383rd, 384th, 385th, 386th, 387th, 388th, 389th, 390th, 391st, 392nd, 393rd, 394th, 395th, 396th, 397th, 398th, 399th, 400th, 401st, 402nd, 403rd, 404th, 405th, 406th, 407th, 408th, 409th, 410th, 411st, 412nd, 413th, 414th, 415th, 416th, 417th, 418th, 419th, 420th, 421st, 422nd, 423rd, 424th, 425th, 426th, 427th, 428th, 429th, 430th, 431st, 432nd, 433rd, 434th, 435th, 436th, 437th, 438th, 439th, 440th, 441st, 442nd, 443rd, 444th, 445th, 446th, 447th, 448th, 449th, 450th, 451st, 452nd, 453rd, 454th, 455th, 456th, 457th, 458th, 459th, 460th, 461st, 462nd, 463rd, 464th, 465th, 466th, 467th, 468th, 469th, 470th, 471st, 472nd, 473rd, 474th, 475th, 476th, 477th, 478th, 479th, 480th, 481st, 482nd, 483rd, 484th, 485th, 486th, 487th, 488th, 489th, 490th, 491st, 492nd, 493rd, 494th, 495th, 496th, 497th, 498th, 499th, 500th, 501st, 502nd, 503rd, 504th, 505th, 506th, 507th, 508th, 509th, 510th, 511st, 512nd, 513th, 514th, 515th, 516th, 517th, 518th, 519th, 520th, 521st, 522nd, 523rd, 524th, 525th, 526th, 527th, 528th, 529th, 530th, 531st, 532nd, 533rd, 534th, 535th, 536th, 537th, 538th, 539th, 540th, 541st, 542nd, 543rd, 544th, 545th, 546th, 547th, 548th, 549th, 550th, 551st, 552nd, 553rd, 554th, 555th, 556th, 557th, 558th, 559th, 560th, 561st, 562nd, 563rd, 564th, 565th, 566th, 567th, 568th, 569th, 570th, 571st, 572nd, 573rd, 574th, 575th, 576th, 577th, 578th, 579th, 580th, 581st, 582nd, 583rd, 584th, 585th, 586th, 587th, 588th, 589th, 590th, 591st, 592nd, 593rd, 594th, 595th, 596th, 597th, 598th, 599th, 600th, 601st, 602nd, 603rd, 604th, 605th, 606th, 607th, 608th, 609th, 610th, 611st, 612nd, 613th, 614th, 615th, 616th, 617th, 618th, 619th, 620th, 621st, 622nd, 623rd, 624th, 625th, 626th, 627th, 628th, 629th, 630th, 631st, 632nd, 633rd, 634th, 635th, 636th, 637th, 638th, 639th, 640th, 641st, 642nd, 643rd, 644th, 645th, 646th, 647th, 648th, 649th, 650th, 651st, 652nd, 653rd, 654th, 655th, 656th, 657th, 658th, 659th, 660th, 661st, 662nd, 663rd, 664th, 665th, 666th, 667th, 668th, 669th, 670th, 671st, 672nd, 673rd, 674th, 675th, 676th, 677th, 678th, 679th, 680th, 681st, 682nd, 683rd, 684th, 685th, 686th, 687th, 688th, 689th, 690th, 691st, 692nd, 693rd, 694th, 695th, 696th, 697th, 698th, 699th,

Coimbra, 11 de Abril de 2012

Sob a orientação da professora Maria Nazaré Cerejo, pretendemos realizar um trabalho de investigação alusivo ao tema já acima referida com o seguinte objectivo:

Para o referido estudo, é necessário aplicar um questionário aos enfermeiros que queiram participar de forma voluntária na investigação. Os benefícios serão indirectos para os mesmos e esperados em termos institucionais pois pretendem contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados associados à temática. Não serão dadas contrapartidas económicas ou outras aos participantes.

*Autu. B  
28/08/12*  
Exma. Senhora Directora HAN

C/c: Dr.ª Mecildes Fontes - Directora Clínica HAN

Dr.ª Ivandra Gonçalves – Técnica Superior de Higiene e Segurança Hospitalar do HAN

Praia, 28 de Agosto de 2012

Assunto: **Aplicação do segundo momento da recolha dos dados para o estudo da dissertação, cujo tema incide sobre a "Higienização das mãos: Conhecimentos e práticas dos enfermeiros do HAN**

**Edite Lopes da Silva**, enfermeira do Hospital Agostinho Neto, mestranda em enfermagem médico-cirúrgica na escola superior de enfermagem de Coimbra, vem por este meio muito respeitosamente solicitar a autorização da aplicação do segundo momento de recolha dos dados sobre o tema supracitado.

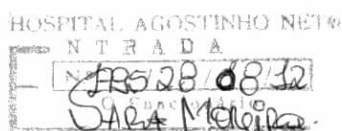
Queria alertar que durante a recolha dos dados vai ocorrer um momento de observações somente nos serviços de urgências os quais representam o grupo experimental do estudo.

Agradeço a vossa atenção

Cordiais cumprimentos,

Edite Lopes da Silva

*Edite Lopes da Silva*



---

## APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO RELATIVAMENTE AO 1º MOMENTO DO ESTUDO





## Questionário 1

Caro Colega!

Sou Enfermeira do Bloco Operatório do Hospital Agostinho Neto, estou a realizar o meu Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Do plano de estudos do curso faz parte a realização de um trabalho de investigação que se concluirá com uma Dissertação.

Assim venho pedir a vossa colaboração para a realização deste trabalho, cujo tema é a **Higienização das mãos: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do Hospital Agostinho Neto**.

A informação recolhida é confidencial e destina-se única e exclusivamente a fins de estudo estatístico. Desde já agradeço a sua colaboração.

Edite Lopes da Silva

---

### I - DADOS PESSOAIS

1. **Sexo:** Masculino ☐ Feminino ☐

2. **Idade** \_\_\_\_\_

3. **Categoria Profissional:** Enfermeiro ☐ Enfermeiro Graduado ☐ Enfermeiro Assistente ☐  
Enfermeiro Principal ☐ Enfermeiro Especialista ☐ 4. **Tempo de serviço:** ☐ 1 Ano  
☐ 1 – 3 Ano ☐ 3 – 6 Anos ☐ + 6 Anos

5. **Habilitações literárias:**

☐ Enfermeiro geral ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura

### II - DADOS DO SERVIÇO

6. **Serviço onde trabalha**

Urgência adulto ☐ Urgência Pediatria ☐ Urgência ginecológica ☐ Medicina ☐  
Traumatologia ☐ Cirurgia ☐ Ginecologia ☐ Obstetrícia ☐ Psiquiatria ☐ Pós Operatório

### III – CONHECIMENTOS SOBRE AS INFECÇÕES RELACIONADAS AOS CUIDADOS DA SAÚDE E À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

7. Recebeu alguma formação sobre a higienização das mãos? **O Sim O Não**

9. Existe alguma solução alcoólica disponível para a higienização das mãos na instituição?

**O Sim O Não**

10. Qual é a percentagem média de doentes hospitalizados na sua instituição que desenvolvem uma infecção relacionada com os cuidados de saúde? \_\_\_\_\_%

11. Em geral qual é o impacto de uma infecção relacionada com os cuidados da saúde na evolução clínica do doente no seu serviço?

☐ muito baixa      ☐ baixa      ☐ alta      ☐ muito alta

12. Entre todos os assuntos relativos à segurança do doente, qual é a importância de higienização das mãos nas

13. Qual é o percentual dos casos em que os profissionais de saúde no seu hospital realmente higienizam as mãos com água e sabonete ou solução alcoólica quando recomendado (entre 0 e 100%). \_\_\_\_\_ %

14. Na sua opinião, que eficácia as seguintes ações teriam no aumento permanente na adesão às práticas de higienização das mãos na sua instituição?

**Por favor, marque apenas uma “ O “ na escala, de acordo com a sua opinião**

- a) a) Os líderes e os gestores da sua instituição apoiam e promovem abertamente às práticas de higienização das mãos.

**Não eficaz** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Muito eficaz**

- b) b) O serviço da saúde disponibiliza a preparação alcoólica para a higienização das mãos no cuidado dos doentes.

**Não eficaz** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Muito Eficaz**

- c) c) Os cartazes sobre a higienização das mãos estão expostos nos lugares estratégicos de cuidado e tratamento, para servirem como lembretes?

**Não eficaz** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Muito Eficaz**

- d) Todos os profissionais da saúde têm formação em higienização das mãos.

**Não Eficaz** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Muito Eficaz**

- e) e) As instruções sobre a higienização das mãos estão visíveis para todos os enfermeiros do seu serviço?

**Não Eficaz** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Muito Eficaz**

- f) f) Os profissionais de saúde recebem regularmente os resultados do próprio desempenho em higienização das mãos?

**Não eficaz** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Muito Eficaz**

- g) A sua prática de higienização das mãos é correcta (sendo um bom exemplo para seus colegas)?

**Não Eficaz** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Muito Eficaz**

- g) Os doentes no seu serviço são orientados a lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos?

**Não Eficaz** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Muito Eficaz**

15. Que importância os chefes do seu serviço dão ao facto de realizar uma excelente higienização das mãos?

**Nenhuma importância** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Muita importância**

16. Que importância seus colegas de serviço dão ao facto de realizar uma excelente higienização das mãos?

**Nenhuma importância** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muita importância**

17. Que importância os doentes dá ao facto de você praticar uma excelente higienização das mãos?

**Nenhuma importância** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muita importância**

18. Como avalia os esforços necessários para fazer uma boa higienização das mãos?

**Nem Esforço** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Grande Esforço**

19. Qual é a percentagem média de casos quando tu higieniza as mãos por fricção por solução alcoólica e quando é realizada com água e sabonete (entre 0 e 100%)? \_\_\_\_\_ **100%**

20. Existe alguma solução alcoólica disponível na unidade do doente?

☐ **Sempre**      ☐ **Esporadicamente**      ☐ **Raramente**      ☐ **Nunca**

O uso da solução alcoólica é importante para facilitar a higienização das mãos no seu serviço?

**Nem um pouco** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muito importante**

22. Os dispositivos alcoólicos são fáceis de usar?

**Nem um pouco** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muito fácil**

23. As suas mãos toleram bem o uso da solução alcoólica para a higienização das mãos?

**Nem um pouco** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muito bem**

24. O conhecimento sobre a prática da higienização das mãos ajuda a equipa do serviço a melhorar as práticas da higienização das mãos no seu serviço?

**Nem um pouco** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muito importante**

25. Será que a implementação de um protocolo da higienização das mãos no seu serviço é importante para diminuir o risco de infeções associadas aos cuidados da saúde?

**Nem um pouco** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muito importante**

26. Se participar numa acção de formação sobre a higienização das mãos, poderá melhorar as suas práticas de higienização das mãos?

**Nem um pouco** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muito importante**

27. Será que existe no seu serviço um cartaz sobre os “Cinco momentos para a higienização das mãos”?

☐ **Sim** ☐ **Não**

28. Conhece a técnica como higienizar as mãos correctamente?

☐ **Sim** ☐ **Não**

29. Que tipo de higienização das mãos é necessário nas seguintes situações?

a) Antes da escrever no processo do doente      ☐ **Fricção com álcool**      ☐ **água e sabonete**      ☐ **Nenhum**

b) Antes do contacto com o doente ☐ Fricção com álcool ☐ água e sabonete ☐ Nenhum

c) Ao chegar na unidade após o almoço ☐ Fricção com álcool ☐ água e sabonete ☐ Nenhum

d) Antes de um procedimento de enfermagem ☐ Fricção com álcool ☐ água e sabonete ☐ Nenhum

e) Antes de abrir a porta da unidade do doente ☐ Fricção com álcool ☐ Água e sabonete ☐ Nenhum

30. Quais as seguintes ações de higienização das mãos previne a infecção do profissional da saúde?

a) Higienização das mãos após o contacto com o doente ☐

**Sim O Não**

b) Higienização das mãos após o risco com os fluidos corporais

**O Sim O Não**

c) Higienização das mãos antes de um procedimento asséptico

**O Sim O Não**

d) Higienização das mãos após o contacto com superfícies e objectos próximo do doente

**O Sim O Não**

**Muito obrigado**

**Questionário adaptado segundo as Organizações Internacionais (ANVISA, PAN-AMERICANA DA SAÚDE, OMS, WORD ALLIANCE PATIENT SAFETY)**



---

### APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO RELATIVAMENTE AO 2ºMOMENTO DO ESTUDO





## Questionário 2

Caro Colega!

Sou Enfermeira do Bloco Operatório do Hospital Agostinho Neto, estou a realizar o meu Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Do plano de estudos do curso faz parte a realização de um trabalho de investigação que se concluirá com uma Dissertação.

Assim venho pedir a vossa colaboração para a realização deste trabalho, cujo tema é a **Higienização das mãos: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do Hospital Agostinho Neto**.

A informação recolhida é confidencial e destina-se única e exclusivamente a fins de estudo estatístico. Desde já agradeço a sua colaboração.

Edite Lopes da Silva

---

### I - DADOS PESSOAIS

1. **Sexo:** Masculino ☐ Feminino ☐ 2. **Idade** \_\_\_\_\_ 3. **Categoria Profissional:** Enfermeiro ☐  
Enfermeiro Graduado ☐ Enfermeiro Assistente ☐ Enfermeiro Principal ☐ Enfermeiro  
Especialista ☐ 4. **Tempo de serviço:** ☐ 1 Ano  
☐ 1 – 3 Ano ☐ 3 – 6 Anos ☐ + 6 Anos

#### 5. Habilitações literárias:

☐ Enfermeiro geral ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura

### II - DADOS DO SERVIÇO

#### 6. Serviço onde trabalha

Urgência adulto ☐ Urgência Pediatria ☐ Urgência ginecológica ☐ Medicina ☐  
Traumatologia ☐ Cirurgia ☐ Ginecologia ☐ Obstetrícia ☐ Psiquiatria ☐ Pós  
Operatório ☐

### III – CONHECIMENTOS SOBRE AS INFECÇÕES RELACIONADAS AOS CUIDADOS DA SAÚDE E À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

16. Que importância seus colegas de serviço dão ao facto de realizar uma excelente higienização das mãos?

Nenhuma importância O-----O-----O-----O-----O-----O-----O Muita Importância

21. O uso da solução alcoólica é importante para facilitar a higienização das mãos no seu serviço?

**Nem um pouco** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muito importante**

24. O conhecimento sobre a prática da higienização das mãos ajuda a equipa do serviço a melhorar as práticas da higienização das mãos no seu serviço?

**Nem um pouco** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muito importante**

25. Será que a implementação de um protocolo da higienização das mãos no seu serviço é importante para diminuir o risco de infeções associadas aos cuidados da saúde?

**Nem um pouco** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muito importante**

26. Se participar numa acção de formação sobre a higienização das mãos, poderá melhorar as suas práticas de higienização das mãos?

**Nem um pouco** ☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐-----☐ **Muito importante**

27. Será que existe no seu serviço um cartaz sobre os “Cinco momentos para a higienização das mãos”?

**O Sim O Não**

28. Conhece a técnica como higienizar as mãos correctamente?

**O Sim O Não**

29. Que tipo de higienização das mãos é necessário nas seguintes situações?

a) Antes de escrever no processo

do doente ☐ Fricção com álcool ☐ água e sabonete ☐ Nenhum

b) Antes do contacto com

o doente ☐ Fricção com álcool ☐ água e sabonete ☐ Nenhum

c) Ao chegar na unidade

após o almoço ☐ Fricção com álcool ☐ água e sabonete ☐ Nenhum

d) Antes de um procedimento de enfermagem ☐ Fricção com álcool ☐ água e sabonete ☐ Nenhum

c) Antes de abrir a porta da unidade

do doente ☐ Fricção com álcool ☐ Água e sabonete ☐ Nenhum

30. Quais as seguintes ações de higienização das mãos previne a infecção do profissional da saúde?

a) Higienização das mãos após o contacto com o doente      Higienização das mãos após o risco com os fluidos corporais ☐ **O Sim O Não**

c) Higienização das mãos antes de um procedimento asséptico ☐ **O Sim O Não**

d) Higienização das mãos após o contacto com superfícies e objectos próximo do doente

O Sim O Não

**Muito obrigado**

**Questionário adaptado segundo as Organizações Internacionais (ANVISA, PAN-AMERICANA DA SAÚDE, OMS, WORD ALLIANCE PATIENT S**





---

## ANEXOS





---

## ANEXO I – PLANO DE FORMAÇÃO SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO HAN



# **Plano de formação sobre a hiegienização das mãos aos enfermeiros dos serviços de urgência no Hospital Agostinho Neto-Cabo Verde**

## **1. INTRODUÇÃO**

O plano de formação aos enfermeiros do HAH sobre a higienização das mãos visa contribuir para o desenvolvimento do potencial humano, assente no desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, face às necessidades relacionadas no que se concerne a segurança do doente, através da preparação e qualificação dos profissionais para a prestação de serviços com uma qualidade técnica de excelência. Para tal, é imprescindível a formação dos enfermeiros e de todos os profissionais da saúde, de forma a poderem disponibilizar, no seu desempenho profissional, soluções adequadas, inovadoras e de qualidade.

O presente plano está orientado unicamente para os enfermeiros dos serviços de urgências do hospital supracitado, os quais constituem o grupo experimental do estudo e tem como principal objectivo melhorar o desempenho da técnica da higienização das mãos nas respectivas unidades no sentido de prever as infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Pretende-se, assim, aperfeiçoar os desempenhos individuais proporcionando conhecimentos (saberes), melhorar a eficácia no desempenho das suas funções, promover as competências dos enfermeiros e consequentemente motivá-los para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados

## **2. CARACTERIZAÇÃO DO PLANO DE FORMAÇÃO**

O plano de formação tem como destinatários a todos os enfermeiros dos serviços de urgências do HAN (Serviço de Urgência: Adulto, Pediatria e Ginecologia) e foi elaborado tendo por base:

- Levantamento de necessidade de formação;
- Levantamento de todas as acções de formação realizadas pelos enfermeiros relacionadas com a higienização das mãos;
- Desenvolvimento da dissertação:
- Ponto de partida a adesão à prática de higienização das mãos.

## **2.1. Objectivos e finalidade do plano de formação**

Neste contexto, é necessário um esforço, por parte dos enfermeiros e de todos os profissionais da saúde, para se adaptarem a novas exigências profissionais: novos princípios, novos procedimentos e novas recomendações e normas utilizadas nos serviços da saúde à nível mundial.

No plano de formação proposto, intenta-se atingir os principais e seguintes objectivos:

- Fornecer aos enfermeiros informação baseada na evidência científica, destinada a melhorar a prática de higiene das mãos;
- Aumentar a adesão dos enfermeiros à prática da higiene das mãos;
- Reduzir o risco de transmissão cruzada e
- Prevenir e controlar a infecção associada com os cuidados de saúde.

## **DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO**

### **3.1. Metodologias e instrumentos de levantamento de necessidades de Formação**

Caracterização do universo dos enfermeiros do HAN, levantamento da situação sociodemográfica, das categorias, habilitações e formação sobre a prática da higienização das mãos obtida por cada enfermeiro.

Na elaboração do plano adoptou-se a seguinte metodologia: em primeiro lugar, aplicação de um diagnóstico de necessidades de formação à todos os enfermeiros, realizado através de um questionário sobre os conhecimentos e práticas sobre a higienização das mãos durante a primeira semana do mês de Junho de 2012.

Em segundo lugar será organizado uma formação mais ampla, para o mês de Novembro de 2012 após a aplicação do segundo momento da recolha dos dados e conclusão do mesmo, à todos enfermeiros e outros profissionais da instituição, que pretendam desenvolver os conhecimentos para a melhoria das suas funções e implementação de boas práticas.

### 3. Descrição da população alvo

A formação tem como destinatários os 38 enfermeiros em exercício de funções, sendo:

- 16 enfermeiros no Serviço de Urgências de Adulto
- 12 enfermeiros no Serviço de Urgências de Pediatria
- 10 enfermeiros no serviço de urgências de Ginecologia

### 4. Plano de Formação

Áreas temáticas a intervir indicadas no quadro com o plano de formação

4.1 Introdução
4.2 Definições de termos e conceitos relativos à Higiene Das Mãos: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Produtos para a higiene das mãos</b></li><li>➤ <b>Práticas de higiene das mãos</b></li><li>➤ <b>Flora microbiana da pele</b></li><li>➤ <b>Microrganismos presentes na pele dos doentes ou no ambiente inanimado</b></li><li>➤ <b>Transmissão de agentes patogénicos através das mãos</b></li></ul>
<b>Higienização das mãos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>O que é higienização das mãos?</b></li><li>➤ <b>Por que fazer?</b></li><li>➤ <b>Para que higienizar as mãos?</b></li><li>➤ <b>Quem deve higienizar as mãos?</b></li><li>➤ <b>Como fazer? Quando proceder a higienização das mãos?</b></li></ul>
<b>Técnica de Higienização das mãos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Higienização simples das mãos</b></li><li>➤ <b>Higienização anti-séptica das mãos</b></li><li>➤ <b>Fricção anti-séptica das mãos</b></li><li>➤ <b>Anti-sepsia cirúrgica das mãos</b></li></ul>
<b>Apresentação teórico-prática</b>
<b>Apresentação prática dos formandos</b>

## **5. Divulgação do plano de formação**

O Plano de Formação da Higienização das mãos terá início na primeira semana do mês de Junho de 2012 e término na segunda semana do mesmo corrente. O plano é divulgado por via electrónica á enfermeira Directora do HAN.

## **6. Considerações Finais**

Este plano de formação é sobretudo uma oportunidade para os enfermeiros dos serviços de urgências do HAN, melhorarem o desempenho de boas práticas na prestação dos cuidados, reduzindo assim as infecções associadas aos cuidados da saúde nos seus contextos.

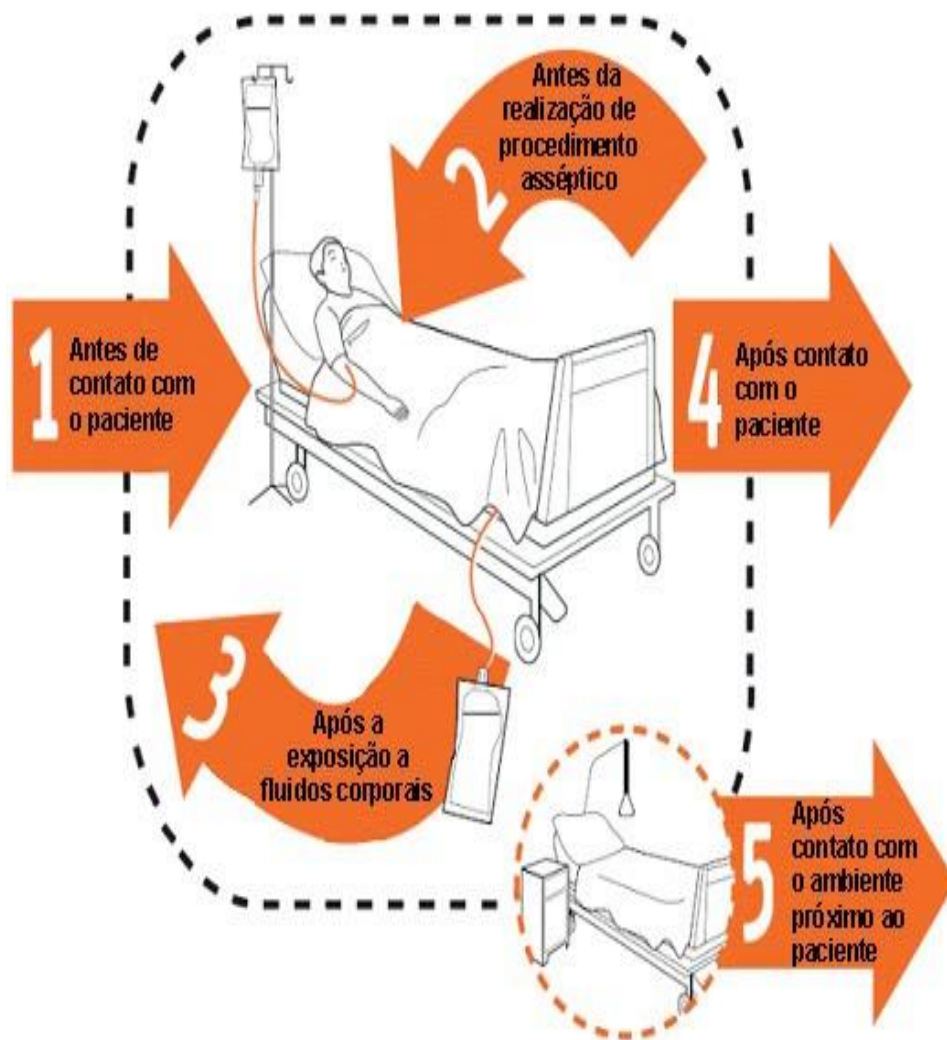
---

## ANEXO II – ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE





## OS CINCOS MOMENTOS DA HIGIENE DAS MÃOS



## PROCESSO DA HIGIENIZAÇÃO DAS



# Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

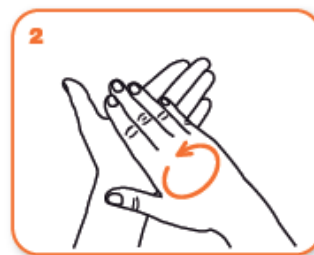
**Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!**



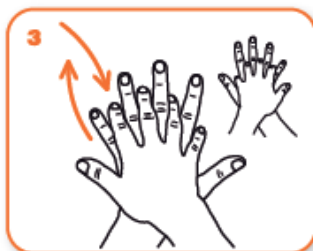
Duração de todo o procedimento: **20 a 30 seg**



Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



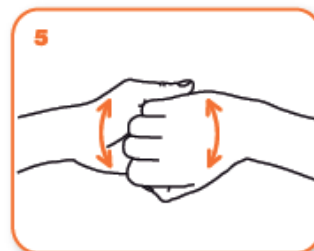
Friccione as palmas das mãos entre si.



Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



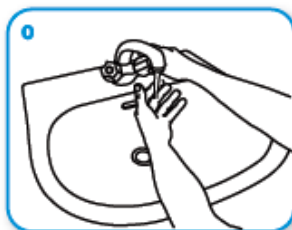
Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

# Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

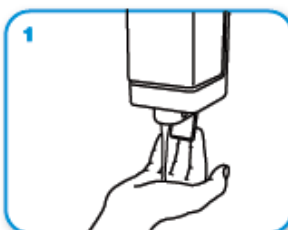
Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!



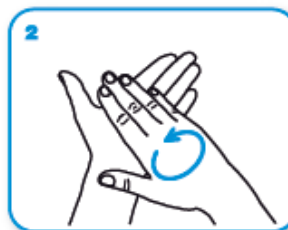
Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



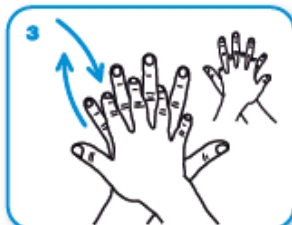
Molhe as mãos com água.



Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



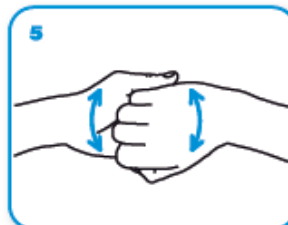
Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



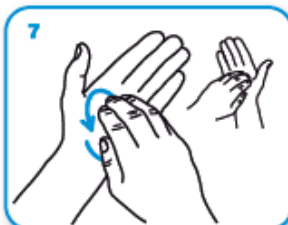
Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



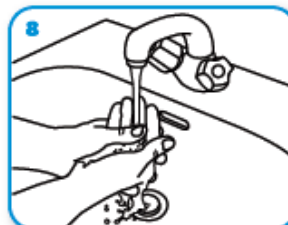
Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



Esfregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



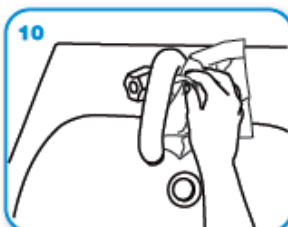
Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



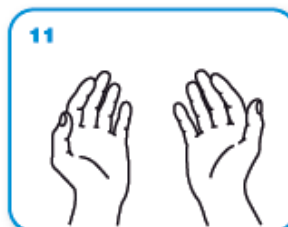
Enxágüe bem as mãos com água.



Seque as mãos com papel toalha descartável.



No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



Agora, suas mãos estão seguras.